

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

DOUTORAMENTO EM GESTÃO

**A RELAÇÃO ENTRE A CULTURA ORGANIZACIONAL E
O USO DE PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE:
UMA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA NO SECTOR HOSPITALAR**

Sérgio Nuno da Silva de Sousa

Orientação: Doutor Rui Manuel Soucasaux Meneses e Sousa

Co-orientação: Mestre Maria Eduarda Mariano Agostinho Soares

Constituição do Júri:

Presidente: Reitor da Universidade Técnica de Lisboa

Vogais: Doutor Rui Manuel Soucasaux Meneses e Sousa, professor associado da Universidade Católica Portuguesa do Porto;
Doutor António Manuel Ramos Pires, professor coordenador da Escola Superior de Tecnologia do Instituto Politécnico de Setúbal;
Doutor Paulo Alexandre Guedes Lopes Henriques, professor auxiliar do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa;
Doutor Paulo Jorge dos Santos Sousa, professor auxiliar convidado da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa;
Mestre Maria Eduarda Mariano Agostinho Soares, assistente convidada do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa, na qualidade de especialista.

Abril de 2011

Resumo

A importância da cultura organizacional nos sistemas de gestão da qualidade é extensamente referida na literatura. No entanto, tem sido realizada pouca investigação sobre a cultura organizacional e a gestão da qualidade na área da saúde, a nível internacional e particularmente em Portugal, o que torna a temática potencialmente relevante enquanto geradora de valor para Académicos e Profissionais.

A investigação na área da saúde revela-se de especial importância enquanto geradora de contributo para o desenvolvimento da melhoria da prestação dos cuidados aos pacientes e à sociedade no geral. Paralelamente, as organizações que actuam na área da saúde, são estruturas complexas, em que a gestão, as tecnologias, os recursos humanos e os cuidados clínicos são elementos que necessitam de interagir de forma contínua.

Esta investigação centra-se na exploração e compreensão das dimensões de cultura organizacional e a sua relação com as práticas de gestão da qualidade na área da saúde, em particular no sector hospitalar. O suporte conceptual foi obtido com uma revisão da literatura nas áreas da cultura organizacional e da gestão da qualidade, numa perspectiva individualizada e de integração entre estas. Para alcançar o objectivo deste estudo, foi realizada uma investigação suportada pelo método do estudo de caso, conduzida em dois hospitais públicos de grande dimensão, com dados quantitativos e qualitativos, recolhidos através de inquéritos e entrevistas, tendo esta sido testada com sucesso em anteriores investigações na área da saúde. A vertente quantitativa traduziu-se na identificação das dimensões de cultura organizacional, pela concretização de um inquérito por questionário, sendo os dados recolhidos objecto de técnicas de análise multivariada. A vertente qualitativa foi operacionalizada através da realização de entrevistas semi-estruturadas cujo objectivo primário consistiu na identificação das práticas de gestão da qualidade adoptadas nas organizações.

A análise integrada dos resultados permitiu, pela sua exploração e interpretação, argumentar que a existência e a intensidade de um determinado conjunto de dimensões de cultura organizacional foram conducentes a diferentes realidades de implementação e desenvolvimento do sistema de gestão de qualidade nos referidos hospitais. Consideramos que esta investigação contribui para a geração de conhecimento adicionando valor à perspectiva contextual da gestão da qualidade e dando o primeiro passo para a construção de teoria sobre as interações entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade na área da saúde e, em particular, no sector hospitalar.

Palavras-chave: Cultura Organizacional; Gestão da Qualidade; Sistema de Gestão da Qualidade; Saúde; Recursos Humanos; Estudo de Caso.

Abstract

The relevance of organizational culture in quality management systems is extensively supported in literature. Nevertheless, there were few research about organizational culture and quality management in healthcare, at international level and especially in Portugal, thus this theme is potentially relevant as an added-value to academics and practitioners.

The research in healthcare is a particular relevant research topic as a contribution to the development of patient care service improvement and to society in general. Also, the healthcare organizations are complex structures where the management, the technologies, the human resources and the clinical care are elements that interact in a continuous way.

This research focuses the exploration and comprehension of the organizational culture dimensions and their relation with the quality management practices in healthcare, in particular in the hospital sector. The theoretical background was assured by the necessary literature review in the fields of organizational culture and quality management, in an isolated perspective and integrated perspective between them.

In order to achieve the purpose of this study, a case-based research was implemented, conducted in two major Portuguese public hospitals, with quantitative and qualitative types of data, collected through a questionnaire survey and interviews, considering the successful test of previous similar research in healthcare. The quantitative approach focus on the identification of organizational culture dimensions, through a questionnaire survey, with the application of multivariate techniques to analyze the collected data. The qualitative approach was implemented through semi-structured interviews whose main objective was the identification of the quality management practices adopted in those organizations.

The integrated analysis of the results allow us, through their exploration and interpretation, to argue that the existence and intensity of a particular set of organizational culture dimensions were a catalyst factor of different realities in the implementation and development of the quality management system in those hospitals. Our contribution to knowledge comes from adding value to the contingency approach to quality management and taking the first steps towards theory building about the links between organizational culture and quality management in the healthcare services and, in particular, in hospital sector.

Keywords: Organizational Culture; Quality Management; Quality Management System; Healthcare; Human Resources; Case Study.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos - familiares, amigos, professores, alunos, colegas - os que, directa e indirectamente, contribuíram com o seu apoio, conselho e encorajamento ao longo desta investigação, nos momentos bons e menos bons que nela ocorreram.

Todos vós sabem quem são e, por essa presença, o meu muito obrigado.

Igualmente estendo os meus agradecimentos aos Hospitais participantes neste estudo, às respectivas Administrações, que tão cordialmente acolheram este projecto desde o primeiro dia e, especialmente, às responsáveis pelas Direcções com maior relevância na área da gestão clínica e desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade, cuja constante disponibilidade e suporte foi um factor crítico preponderante para o sucesso desta investigação.

À Dra. Alice Cardoso, da Direcção do Instituto para a Qualidade na Saúde (actualmente, Dep. Qualidade na Saúde, Dir.Geral da Saúde), os meus maiores agradecimentos pelo inextinguível apoio, pelo aconselhamento e pelos contactos que me proporcionou. A operacionalização da investigação empírica deste projecto deve-lhe em muito o seu contributo.

Aos meus orientadores, Professores Rui Sousa e Eduarda Soares, pelo constante incentivo, pelas sugestões, críticas e energia, mas também pela tolerância que sempre me proporcionaram nos momentos de menor eficácia. Foi um privilégio fazermos este caminho juntos.

Sérgio Sousa

Índice

Resumo	2
Abstract	3
Agradecimentos	4
Índice	5
Lista de Tabelas.....	8
Lista de Figuras	10
Capítulo 1 - Introdução	11
1.1. Cultura e gestão da qualidade.....	11
1.2. Motivação para a investigação	12
1.3. Contributo para o conhecimento	13
1.4. O problema de investigação	14
1.5. Estrutura da tese.....	16
Capítulo 2 - Cultura Organizacional e Gestão da Qualidade - revisão da literatura.....	17
2.1. Cultura Organizacional.....	17
2.1.1. Natureza e contexto da cultura organizacional.....	17
2.1.2. Regras, normas e valores da organização como macro-estrutura cultural	25
2.1.3. Tipologias e perfis de cultura organizacional.....	26
2.1.4. Cultura dominante, sub-culturas e contra-culturas	31
2.1.5. Factores externos, internos e papel do indivíduo no desenvolvimento da cultura organizacional	35
2.1.6. Cultura organizacional e gestão das organizações	36
2.1.7. Analisar a cultura da organização: metodologias, resultados, constrangimentos	39
2.2. Gestão da Qualidade	40
2.2.1. A qualidade e a organização como um sistema integrado de gestão	40
2.2.2. Modelos de excelência, prémios de qualidade e standards de certificação...	42
2.2.3. Práticas associadas à gestão da qualidade.....	47
2.2.4. A gestão da qualidade em organizações de serviços	49
2.2.5. Gestão da qualidade na área da saúde.....	52
2.2.6. Análise aos modelos existentes e à gestão da qualidade	57

2.3. A relação entre a Cultura Organizacional e a Gestão da Qualidade	59
2.3.1. Introdução	59
2.3.2. Dimensões de cultura organizacional e práticas de gestão da qualidade.....	61
2.3.3. Papel da aprendizagem organizacional na interacção cultura-qualidade	65
2.4. Conclusões da Revisão da Literatura.....	69
 Capítulo 3 - Metodologia da Investigação	 71
3.1 Metodologia	71
3.2 Selecção dos Casos	73
3.3 Operacionalização da Investigação	77
3.3.1. Protocolo do estudo de caso.....	81
3.3.2. Recolha de dados	82
 Capítulo 4 - Análise e Resultados: a relação entre a cultura organizacional e o uso de práticas de gestão da qualidade.....	 85
4.1. Cultura Organizacional.....	85
4.1.1. Dimensões de cultura organizacional	90
4.1.2. Resultados por hospital.....	108
4.1.3. Comparação entre hospitais	111
4.2. Práticas de Gestão da Qualidade.....	116
4.3. Discussão	128
 Capítulo 5 - Conclusões	 133
5.1. Sumário da Investigação.....	133
5.2. Limitações	138
5.3. Sugestões para Investigação Futura	138

Anexos.....	140
Anexo A - Protocolo do Estudo de Caso	140
Anexo B - Guião de Contacto Telefónico	146
Anexo C - Carta de Apresentação do Projecto	148
Anexo D - Guião de Entrevista	151
Anexo E - Questionário de Cultura Organizacional.....	156
Anexo F - Análise Factorial: Criação dos Factores	164
 Referências	 166

Lista de Tabelas

Tabela 1. Conceitos de cultura organizacional	18
Tabela 2. Intersecções entre a cultura e a gestão/organização	22
Tabela 3. Caracterização entre MBNQA, ISO9000 e Six Sigma	44
Tabela 4. Práticas associadas à gestão da qualidade	48
Tabela 5. Dimensões de cultura organizacional vs. valores da gestão da qualidade	64
Tabela 6. Distribuição por nível funcional	86
Tabela 7. Distribuição por habilitações académicas	86
Tabela 8. Habilitações académicas por nível funcional	87
Tabela 9. Experiência profissional	87
Tabela 10. Antiguidade no Hospital	88
Tabela 11. Estrutura etária	88
Tabela 12. Estrutura etária por nível funcional	89
Tabela 13. Distribuição por género	89
Tabela 14. ANOVA	92
Tabela 15. Análise da consistência interna dos factores	96
Tabela 16. Fiabilidade do factor 1	97
Tabela 17. Fiabilidade do factor 2	98
Tabela 18. Fiabilidade do factor 3	98
Tabela 19. Fiabilidade do factor 5	99
Tabela 20. Fiabilidade do factor 6	100
Tabela 21. Fiabilidade do factor 7	100
Tabela 22. Teste da homogeneidade de variâncias	102
Tabela 23. Teste de Kolmogorov-Smirnov (hospital A)	103
Tabela 24. Teste de Kolmogorov-Smirnov (hospital B)	103
Tabela 25. Análise de correlações (hospital A)	105
Tabela 26. Análise de correlações (hospital B)	106
Tabela 27. Análise de correlações (hospitais A e B)	107
Tabela 28. Análise de diferenças entre grupos funcionais no hospital A	108
Tabela 29. Análise de diferenças entre grupos funcionais no hospital B	109

Tabela 30. Análise de diferenças entre hospitais	111
Tabela 31. Análise de variância - teste de efeito entre grupos	112
Tabela 32. Análise de diferenças entre hospitais por grupo funcional	113
Tabela 33. Análise da magnitude de efeitos do tamanho amostral	114
Tabela 34. Médias das dimensões culturais no grupo funcional Médicos.....	115
Tabela 35. Práticas de gestão da qualidade na análise qualitativa dos casos.....	116
Tabela 36. Práticas de gestão da qualidade e seu desenvolvimento, por hospital	128

Lista de Figuras

Figura 1. A relação entre a cultura organizacional e o sistema de gestão da qualidade	15
Figura 2. Estrutura de níveis da cultura organizacional	23
Figura 3. Modelo de cultura organizacional de Hofstede.....	24
Figura 4. Modelo de Deshpandé	27
Figura 5. Modelo de Denison e Spreitzer.....	28
Figura 6. Estruturação dos dados das entrevistas (excerto)	118
Figura 7. Práticas de gestão da qualidade e códigos de classificação.....	119
Figura 8. Identificação temática - ilustração (hospital A, duas práticas).....	121
Figura 9. “Partially Ordered Meta Matrix” para comparação dos casos (excerto)	122

Capítulo 1 - Introdução

1.1 - Cultura e gestão da qualidade

Vários autores sobre a gestão da qualidade têm vindo a referir o facto que as investigações nesta área têm dado pouco relevo às práticas, valores, crenças e pressupostos que potenciam (ou constroem) os comportamentos necessários para o sucesso da sua implementação e desenvolvimento (Prajogo e McDermott 2005; Detert et al 2003; Detert et al 2000; Zeitz et al 1997).

É também referenciado que muitos dos estudos realizados são prescrições de práticas de gestão, que se limitam a identificar a dinâmica dos processos de implementação da gestão da qualidade e as barreiras genéricas ao seu sucesso (Zeitz et al, 1997). A revisão da literatura confirmou igualmente que tem sido realizada escassa investigação no sector da saúde sobre as interações entre qualidade e cultura, em especial no que se refere à relação entre dimensões de cultura organizacional e diferentes padrões de uso de práticas de gestão da qualidade (Davies et al 2000; Huq e Martin 2000).

Como tal, para o estudo da gestão da qualidade torna-se relevante não só compreender o que caracteriza a organização na sua estrutura, processos, actividades e boas práticas, mas também quais os valores, as crenças e os pressupostos que, traduzidos em comportamentos e acções, poderão contribuir para a excelência dos serviços por esta prestados aos seus clientes.

É neste contexto que, desde a década de 80 do século XX, a cultura surge como um dos temas-chave na investigação organizacional. A literatura tem reflectido edições especiais sobre a sua caracterização, impacto e dinâmica, assim como os gestores estão fortemente motivados a considerarem as implicações da cultura para as suas organizações (Ogbonna e Harris, 2002).

Simultaneamente, a evidência prática e a investigação empírica identificam que um número muito substancial de insucessos nos Sistemas de Gestão de Qualidade (SGQ) em contexto hospitalar se deve à sua ineficaz implementação (Huq e Martin 2000), paralelamente ao

crescente interesse na área da saúde sobre a relevância da cultura organizacional na vida das organizações. Assim, este estudo visa a exploração e compreensão das dimensões de cultura organizacional e a sua relação com as práticas de gestão da qualidade na área da saúde, em particular no sector hospitalar.

1.2 - Motivação para a investigação

Posicionando-se o estudo das relações entre cultura organizacional e a gestão da qualidade numa fase ainda embrionária, a investigação desta temática torna-se potencialmente relevante enquanto geradora de conhecimento para Académicos e Profissionais.

Adicionalmente, focalizar esta investigação no sector dos serviços - em particular, na área da saúde - pareceu-nos particularmente pertinente. Trata-se de um sector onde não só o papel da componente humana é um importante factor diferenciador do desempenho da organização, mas também uma área onde a estrutura de processos e actividades é complexa, repleta de interações e muito dependente do trabalho em equipa, o que deixa antever um bom potencial de exploração das ligações entre a cultura e a qualidade (Mannion et al 2005; Beil-Hildebrand 2005; Davies et al 2000) e, conseqüentemente, do estudo da pergunta de investigação.

Foi também factor motivador para este estudo o facto de na área da saúde e, concretamente, no sector hospitalar, existir escassa investigação desta temática, não só a nível internacional mas particularmente em Portugal.

Por último, a investigação na área da saúde revela-se de especial importância enquanto geradora de contributo para o desenvolvimento da melhoria da prestação dos cuidados aos pacientes e à sociedade no geral. Com o aumento substancial da esperança de vida, de um maior âmbito de aplicação (em tempo e número de sujeitos) dos cuidados continuados, da crescente procura de acompanhamento ambulatorio e do papel complementar e substituto do sector privado nesta área, é cada vez mais importante garantir a eficácia e eficiência destas Organizações.

Se, por um lado, estamos perante uma área tradicionalmente caracterizada por estruturas profissionais bem demarcadas, por um peso substancial do sector público, por uma relevante

regulamentação estatal e por ser, no limite, uma prestação de serviços onde, socialmente, é reconhecido um desigual equilíbrio de forças entre o cliente (paciente e sua família) e os prestadores, enquanto entidades e profissionais, é também certo que as competências e a motivação da generalidade dos profissionais é elevada e que se reconhece o seu objectivo último de garantir uma prestação de cuidados no melhor interesse do paciente. Assim, cremos que estudar a cultura e a qualidade perante este conjunto de características contextuais será também um valor complementar para a condução da investigação.

1.3 - Contributo para o conhecimento

Este estudo procura providenciar uma melhor compreensão da relação entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade, através da exploração da dimensionalidade e intensidade da cultura e das suas interacções com as práticas de qualidade.

No alinhamento com os estudos de Zeitz et al (1997), Maull et al (2001) e Prajogo e McDermott (2005), que assumem a relação de influência da cultura organizacional para com a gestão da qualidade, pretendemos que os resultados do presente estudo contribuam para o conhecimento reinterpretando evidências de investigação anterior, gerando valor para a perspectiva contextual da gestão da qualidade, e dando o primeiro passo para a construção de teoria sobre as interacções entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade, no sector da saúde e, em particular, na área hospitalar.

Na vertente prática, pretendemos obter contributos válidos para os profissionais da área, reforçando a importância do envolvimento e da sensibilização do corpo clínico, de um fluxo de melhoria contínua e da criação de um quadro mental de “qualidade integrada” (transversal a toda a organização), como alicerces fundamentais para o desenvolvimento das práticas da qualidade na organização.

1.4 - O Problema de Investigação

Partindo deste contexto de análise da interação entre a cultura organizacional e o sistema de gestão da qualidade na área hospitalar, o problema central desta investigação pode ser definido como:

Que relações se estabelecem entre a cultura organizacional e o uso de práticas de gestão da qualidade na área hospitalar ?

Em particular, será possível identificar um conjunto de dimensões de cultura organizacional, cuja presença e intensidade estejam relacionadas com diferentes padrões de uso de práticas de gestão da qualidade na área hospitalar ?

Segundo Maull et al (2001), a perspectiva de abordagem teórica à cultura pode seguir o caminho de considerar esta, face à organização, como uma variável independente, em que o conjunto de características específicas serão universais e facilmente importadas pela organização, ou como uma variável dependente, sendo as próprias organizações fenómenos de geração cultural, em que cada cultura é um sistema de valores único, resultante da sua história, experiência operacional e da interação com o ambiente. No limite, estas perspectivas “ao nível conceptual mais elevado, posicionam a análise da cultura organizacional pela abordagem positivista ou interpretativista” (Maull et al. 2001, 304; Smircich 1983), como referenciado em 2.1.1. Optaremos, nesta investigação, pela perspectiva interpretativista da cultura organizacional.

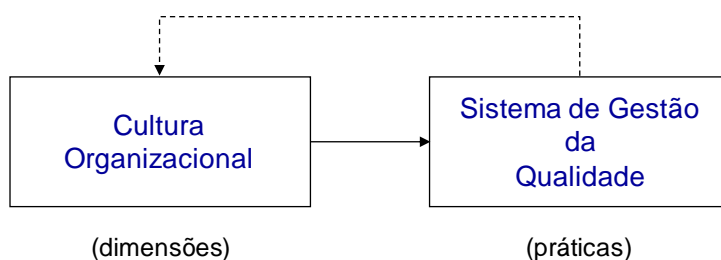
No que se refere à relação entre a cultura e a qualidade, ponderando a revisão da literatura realizada e porque estamos mais interessados em alinhar a gestão da qualidade à cultura organizacional existente, consideraremos as dimensões de cultura organizacional como variável independente e a gestão da qualidade como variável dependente, seguindo como referências principais de enquadramento os trabalhos de Zeitz et al. (1997), Maull et al. (2001) e Prajogo e McDermott (2005).

Num contexto de “Theory Building” e da respectiva produção de explicações, serão identificadas variáveis-chave, as ligações entre estas e o porquê dessas ligações (Sousa e

Voss 2002), no que se refere à premissa que, sendo a cultura algo que a organização é, será necessário conhecer primeiro esta, antes de implementar o SGQ. Ou seja, deve ser o processo de implementação do SGQ que se adapta à cultura organizacional.

Esta perspectiva tem subjacente a cultura organizacional como um sistema de valores único e à consequente necessidade de estruturar o SGQ e as práticas da qualidade sobre esta. Porém, não deve ser subavaliado o facto de a cultura ser uma variável com grande inércia, que se sustenta num efeito de longo prazo, porque está associado à mudança das pessoas e dos seus valores, crenças e pressupostos. Este efeito temporal poderá justificar também uma influência do SGQ sobre a cultura, que abordaremos conceptualmente na óptica da aprendizagem organizacional e do seu efeito enquanto canal para potenciar a influência da gestão da qualidade na alteração da própria cultura organizacional. Esta mútua influência encontra-se representada no diagrama seguinte (figura 1):

Figura 1 - A relação entre a Cultura Organizacional e o Sistema de Gestão da Qualidade



Esta investigação será operacionalizada através de um múltiplo estudo de caso, envolvendo dois hospitais centrais portugueses. Ambos poderão ser considerados casos de sucesso no que respeita à implementação e ao grau de uso dos seus sistemas de gestão da qualidade, perspectiva que justificaremos no capítulo 3, com base em elementos que traduzem a maturidade do sistema em cada um destes, como sejam a evolução dos referenciais de qualidade, das práticas ou dos indicadores e resultados associados.

Neste contexto, torna-se interessante analisar se o sucesso assenta num tronco comum de cultura organizacional, ou se existe uma diferenciação entre a cultura em cada hospital. Assim, iremos analisar se existirá alguma diferença significativa na estrutura dimensional da cultura organizacional ou na intensidade das dimensões, entre hospitais.

A revisão bibliográfica encetada confrontou-nos com a possibilidade de um sistema de gestão da qualidade poder ser caracterizado por usos de práticas em diferentes graus e, ainda assim, serem garantidos os seus objectivos na organização, com base na perspectiva da não validade universal das práticas de gestão da qualidade mas sim das “melhores práticas em dependência do contexto” (Sousa e Voss 2001). Deste modo, é também relevante compreender se diferentes realidades de cultura organizacional podem ter originado igualmente distintas características no sistema de cada hospital, pelo que verificaremos igualmente se a caracterização da cultura organizacional em cada hospital poderá ter implicado diferentes desenvolvimentos nas práticas de gestão da qualidade.

1.5 - Estrutura da tese

Esta tese está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo, a presente introdução, apresenta e contextualiza a temática, a motivação para a investigação e o objecto de estudo, sendo concluído com a estrutura da tese.

O segundo capítulo é dedicado à revisão da literatura mais relevante no enquadramento conceptual da temática e do objecto de investigação. Esta é realizada nos dois domínios teóricos da investigação - cultura organizacional e gestão da qualidade - terminando o capítulo como a apresentação das principais referências e conclusões da integração entre os referidos domínios.

No terceiro capítulo, apresentaremos uma descrição da metodologia utilizada para a abordagem empírica ao problema.

O quarto capítulo reflecte a análise e apresentação de resultados, organizada de acordo com os elementos constituintes da pergunta de investigação.

Por último, o quinto capítulo propõe um conjunto de conclusões da investigação, à luz dos resultados e da investigação empírica prévia sobre a temática, terminando com as limitações do estudo e sugestões para investigação futura.

Capítulo 2 - Cultura Organizacional e Gestão da Qualidade -

Revisão da Literatura

Este capítulo inicia-se com a apresentação e descrição dos principais elementos caracterizadores da cultura organizacional, tais como conceitos, contexto, perspectivas de abordagem e conceptualização, assim como os modelos de referência e a exploração dos elementos da cultura organizacional mais relevantes para posicionar o problema de investigação.

Seguir-se-á a vertente da gestão da qualidade, dando especial relevo à exploração e comparação de modelos de qualidade, excelência e standards de certificação, assim como às práticas associadas à gestão da qualidade. Esta secção termina com o perspectivar da gestão da qualidade nas organizações de serviços e, em particular, na área da saúde.

O capítulo conclui-se com a revisão da literatura fundamental para enquadrar o problema de investigação na sua componente empírica, apresentando a relação entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade.

2.1 - Cultura Organizacional

2.1.1 - Natureza e contexto da cultura organizacional

A abordagem à cultura na sua vertente organizacional remonta à década de 80 do século XX, e representou uma “revolta ontológica” contra o paradigma positivista e a abordagem científica dominante (Denison 1996), em particular pela sua focalização na importância crítica do lado subjectivo da vida da organização.

A introdução da cultura no campo da teoria organizacional é geralmente atribuída a Pettigrew (1979:574), sendo esta perspectivada como um “sistema constituído pelos significados colectivamente aceites por um grupo, num determinado período de tempo”. Por outro lado, para que os resultados e vantagens da análise da cultura organizacional possam ser maximizados, é importante considerar esta como a origem de uma família de conceitos, nos quais podemos incluir as crenças, os rituais, os símbolos, os mitos, a ideologia e a linguagem.

A cultura refere-se à estrutura basilar da organização, traduzida pelos valores, crenças e pressupostos dos seus colaboradores (Smircich 1983, Denison 1996, Hofstede et al 1990). O significado destes no interior da organização é alcançado através de efeitos de socialização entre o indivíduo e os grupos, e encontra os seus alicerces na história colectiva da organização e nas mais variadas facetas da sua actividade.

A tabela 1 sistematiza os conceitos de cultura organizacional de alguns dos autores mais referenciados em estudos descritivos e empíricos na área:

Tabela 1 - Conceitos de cultura organizacional

Conceitos	Autores
Cultura é o conjunto de convicções importantes (frequentemente não declaradas) que os membros de uma comunidade partilham.	Sathe, 1983
Cultura organizacional é todo um conjunto, inconsciente e implícito nas acções, de crenças, tradições, valores, costumes, expectativas e hábitos partilhados e que caracterizam um grupo particular de pessoas.	Leavitt, 1986
Uma característica da organização, manifestada e medida pelo comportamento dos indivíduos, agregado ao nível da respectiva unidade funcional	Hofstede et al, 1990
Um padrão de valores e crenças partilhados, que auxiliam os indivíduos a compreender como funciona a organização e lhes providenciam as normas de comportamento a serem seguidas nesta.	Deshpandé et al, 1993
[...] cultura organizacional é o modelo de pressupostos básicos que um grupo assimilou na medida em que resolveu os seus problemas de adaptação externa e integração interna e que, por ter sido suficientemente eficaz, foi considerado válido e transmitido (<i>ensinado</i>) aos outros (<i>novos</i>) membros como a maneira correcta de perceber, pensar e sentir em relação aqueles problemas.	Schein, 1996

Tabela 1 - Conceitos de cultura organizacional (continuação)

Conceitos	Autores
A cultura é aprendida, transmitida, e partilhada. Não decorre de uma herança biológica ou genética, porém resulta de uma aprendizagem socialmente condicionada.	Srour, 1998
[...] cultura organizacional é o conjunto de valores, crenças e tecnologias que mantêm unidos os diferentes membros, de todos os escalões hierárquicos, perante as dificuldades, as práticas organizacionais e os seus objectivos. Pode-se afirmar ainda que é a cultura organizacional que transmite aos stakeholders as percepções, e os símbolos que se traduzem na imagem corporativa.	Nassar, 2000
[...] um sistema de significados partilhados, detido pelos membros da organização e que faz com que esta se distinga das outras organizações.	Robbins, 2003
A cultura de uma organização, é uma maneira informal e comum de perceber a vida e a participação na organização, que mantém os seus membros unidos e influencia o que pensam sobre si mesmos e sobre o seu trabalho.	Wagner e Hollenbeck, 2004

Perspectivas de abordagem à cultura organizacional

A abordagem à cultura organizacional pode realizar-se em diferentes perspectivas, como endereçaremos de seguida, sendo as mais relevantes as de Smircich (1983) e Martin (2002 e Martin et al. 2004).

Smircich (1983) divide a abordagem da cultura organizacional em duas perspectivas:

1. a cultura é uma variável, algo único que a organização tem e que é alterada e moldada pelas acções dos gestores, de forma a torná-la consistente com os seus objectivos e com o que pretendem para o sucesso da organização; é, efectivamente, uma perspectiva positivista da cultura organizacional. 2. a cultura é uma metáfora, algo que a organização é, que existe com a forma de uma entidade social e um quadro mental, em manifestações paralelas (sub-

culturas) e que penetra todos os aspectos e níveis da organização, sendo que gestores e todos os colaboradores influenciam de igual modo o contexto cultural da organização; é, neste caso, uma perspectiva interpretativista da cultura organizacional.

Por seu lado, Martin (2002 e Martin et al. 2004) considerou que a cultura organizacional poderá ser analisada por três perspectivas que, embora permitindo visões diferentes (Integração, Diferenciação e Fragmentação), representam facetas de um mesmo fenómeno e não são mutuamente exclusivas. Nos estudos de Integração, a cultura apresenta reduzida ambiguidade, sendo esta um domínio de homogeneidade, harmonia e unificação de valores ao nível de toda a organização, da sua concepção à sua interpretação e da mesma forma por todos os colaboradores, sendo que pequenos desvios a esta regra serão anomalias esporádicas numa cultura “forte” (esta faceta equipara-se à perspectiva de cultura como “variável” de Smircich). Esta perspectiva, que tem sido objecto quer de metodologias quantitativas quer qualitativas (O'Reilly et al 1991; Schein 1996; Denison 1996), continua a ser muito aliciante para uma visão de cultura enquanto ferramenta da gestão, para esta disseminar os seus valores por toda a organização, gerando lealdade, empenhamento, produtividade e eficiência financeira (Martin et al 2004). Por outro lado, na perspectiva da Diferenciação, a homogeneidade e o consenso apenas existem dentro da fronteira de uma determinada sub-cultura, tal como não é assumida consistência na interpretação “superficial” de manifestações, que não consigam penetrar os níveis mais visíveis da cultura organizacional (esta faceta equipara-se à perspectiva de cultura como “metáfora” de Smircich). Na perspectiva da Fragmentação, a essência de qualquer cultura é a ambiguidade e, para que esta última seja compreendida, tem de ser considerada um componente central de qualquer investigação em cultura organizacional que pretenda recolher informação sobre a vivência empresarial dos indivíduos. Adicionalmente, a relação entre interpretações é complexa, contendo elementos de contradição, confusão e falta de consistência. No entanto, Martin et al (2004:31) identificam que “qualquer cultura organizacional contém elementos congruentes com as três perspectivas. Se uma organização é estudada com profundidade, certos valores e objectivos serão potencialmente geradores de consenso e consistência em toda esta (Integração); ao mesmo tempo, outros aspectos da cultura traduzem-se em sub-culturas que reflectem opiniões diferenciadas e conflituosas entre

si (Diferenciação); finalmente, alguns problemas são ambíguos e existem num estado de constante fluxo, gerando múltiplas interpretações plausíveis (Fragmentação)”.

Conceptualização da cultura organizacional

Ao considerarmos a estrutura, componentes e contexto da cultura organizacional, uma das abordagens mais referenciadas é a distinção entre *artefactos*, *valores* e *pressupostos* de base realizada por Schein (1996). Os artefactos representam a parte mais visível e tangível da cultura organizacional, traduzindo-se em produtos, tecnologias, utilização de linguagem específica e de padrões de comportamento. Os valores incorporam “códigos” de ética e moral, ideologias, que não só estão expostos como influenciam os comportamentos. Por último, os pressupostos, que representam valores tão intrinsecamente interiorizados, que o seu alinhamento é inconsciente e assumem a base da natureza da realidade, do relacionamento e da actividade do sujeito na organização.

Como afirma Schein (1996), o núcleo da cultura organizacional reside na forma como o contexto social da organização se desenvolve a partir das interações entre indivíduos e grupos. Deste modo, assume-se que os sujeitos (chefias ou subordinados) são indissociáveis do contexto social da organização em que actuam. De facto, não só os indivíduos são inseparáveis do ambiente como, enquanto elementos de sistemas sociais, devem ser simultaneamente considerados como agentes e sujeitos (Berger e Luckmann 1967). Deste modo, analisar a cultura organizacional é também analisar o ambiente psicossociológico interno da organização e a relação e significado deste ao nível individual.

Muitos investigadores consideram mesmo que todas as culturas são únicas, pelo que os resultados da sua análise não são generalizáveis, o que também implicará posicionar o objectivo do investigador na compreensão e descrição de uma cultura individual, a um nível que permita a compreensão do seu significado e simbolismo organizacional (Denison 1996).

As origens dos estudos empíricos de cultura organizacional remontam a trabalhos de natureza etnográfica e antropológica (tabela 2), muitos dos quais surgiram antes da própria sistematização da perspectiva cultural nos estudos organizacionais (Smircich 1983, Denison 1996). A própria literatura de cultura organizacional encontra as suas origens e é suportada

pelas perspectivas de interacção simbólica e construção social, desenvolvidas por Mead (1967) e Berger e Luckmann (1967).

Tabela 2 - Intersecções entre a cultura e a gestão/organização

Conceitos de cultura numa perspectiva antropológica	Temáticas de investigação em gestão e organização
Cultura como um instrumento ao serviço das necessidades biológicas e fisiológicas humanas (ex. funcionalismo de Malinowski)	Gestão comparativa ou inter-cultural
As funções culturais são um mecanismo adaptativo e regulador que ligam indivíduos em estruturas sociais (ex. funcionalismo estrutural de Radcliffe-Brown)	Cultura organizacional
Cultura enquanto sistema de cognições partilhadas. A mente gera a cultura por intermédio de um número finito de regras (ex. etnocência de Goodenough)	Cognição organizacional
Cultura como um sistema de símbolos e significados partilhados. As acções simbólicas necessitam de ser interpretadas e/ou decifradas, de forma a serem compreendidas (antropologia simbólica de Geertz).	Simbolismo organizacional
Cultura enquanto uma projecção da infra-estrutura universal inconsciente da mente (estruturalismo de Levi-Strauss)	Processos não conscientes na organização

Fonte: adaptado de Smircich (1983, p.342)

A cultura reside a um nível mais profundo da psicologia do indivíduo no seu local de trabalho, poucas vezes directamente visível ou manipulável (Schneider et al 1996) e manifesta-se, superficialmente, em artefactos, estruturas, símbolos, rituais e práticas e nos valores a estes associados (Denison 1996). Nesta perspectiva, e independentemente da forma como investigamos a cultura organizacional, ressalta a importância de dedicar atenção a aspectos qualitativos, não racionais e subjectivos da vida das organizações, fundamentais para compreender de uma forma mais profunda os fenómenos nela decorrentes, levando-nos a “questionar pressupostos, aspectos de significado e contexto que ultrapassam a superficialidade e a tangibilidade de muitos fenómenos organizacionais” (Smircich 1983:355), embora tal perspectiva seja também criticável, dado que os fenómenos culturais residem

principalmente nas práticas visíveis - e, por consequência, superficiais - da organização, adquiridas pela socialização dos novos membros (Hofstede et al 1993).

Tal como Schein, também Rousseau (1990) auxilia-nos a compreender uma perspectiva de cultura organizada segundo níveis sucessivos, que partem do mais objectivo/observável para o mais subjectivo (figura 2):

Figura 2 - Estrutura de Níveis da Cultura Organizacional

Artefactos Materiais	Padrões de Comportamento	Normas de Comportamento	Valores	Pressupostos
Superficial				Profundo
Objectivo Observável Disponível				Subjectivo Não-observável Indisponível

Fonte: adaptado de Rousseau (1990)

Os artefactos materiais representam a camada mais acessível, os produtos e manifestações da actividade cultural, tais como a forma como a estrutura funcional da Organização está constituída ou as características dos processos.

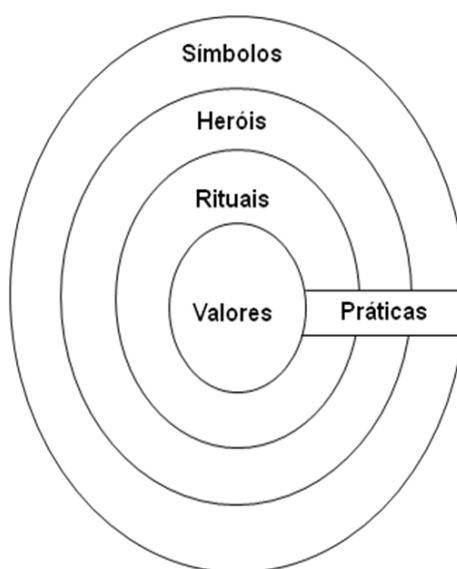
Os padrões de comportamento reflectem a forma com está estruturada a organização, e estão patentes por toda a sua componente humana, embora possam ser mais ou menos percepcionados por grupos específicos. Entre estes, destacam-se as funções relacionadas com a Direcção, gestão de projectos e planeamento e até com a gestão de recursos humanos.

As normas de comportamento reflectem a percepção que cada pessoa tem do que é aceitável (ou não) em termos de comportamento. Os valores representam os princípios e os standards valorizados pelos elementos da organização e os pressupostos são a parte menos acessível da cultura organizacional, que estão implícitos às acções dos elementos da organização e que são desenvolvidos ao longo de um vasto período de tempo.

Hofstede et al. (1990) dividem a cultura em quatro elementos (em camadas, "*onion diagram*"), considerando que uma investigação profunda da cultura organizacional deverá ser realizada ao nível de todos estes (figura 3). Os símbolos representam a parte mais visível e superficial da cultura, as palavras, gestos, figuras ou objectos que tem um significado específico nesta.

Os heróis são pessoas, vivas ou mortas, reais ou imaginárias, que possuem as características mais valorizadas e que servem de modelos. Os rituais, são actividades colectivas socialmente essenciais para a cultura e os valores representam o nível mais profundo da cultura, ligados a questões morais e éticas, que traduzem sentimentos de bom/mau, racional/irracional, correcto/incorrecto, muitas vezes inconscientes e raramente discutidos. Símbolos, heróis e rituais podem ser agregados no conceito de “práticas”, já que são visíveis para um observador exterior ao sujeito (Hofstede et al 1990:291, adaptado).

Figura 3 - Modelo de Cultura Organizacional de Hofstede



Fonte: Hofstede et al. (1990)

Numa perspectiva de atracção e retenção de elementos, cada organização tem então um conjunto de características culturais que a torna mais ou menos atractiva para certo tipo de indivíduos. Uma maior atracção pode ser concretizada pelo sentimento de partilha do conjunto de valores e normas com a organização, aspecto muitas vezes inversamente considerado por parte da organização, quando procura novos colaboradores, pois foca-se num processo de integração / socialização (O'Reilly et al 1991). A cultura organizacional focaliza-se assim também nos valores e pressupostos que sustentam o facto de determinados comportamentos e actividades serem recompensados, suportados e até expectáveis (Schneider 1987).

Existe, porém, uma elevada diferenciação e dispersão do conceito de cultura organizacional, que se encontra longe da universalidade. A este propósito, Kroeber e Kluckhohn (1952), citados por Mannion et al (2008), concretizam uma revisão crítica das dimensões associadas ao termo “cultura” e identificam 164 definições únicas do termo.

Apesar do elevado corpo de conhecimento já criado, há ainda um percurso de maior reconhecimento da cultura como uma das forças mais estáveis e poderosas nas organizações (Schein 1996). Muitos praticantes e teóricos da gestão tem também estado pouco atentos ao facto da "gestão" e "organização" serem culturalmente dependentes, porque gerir não consiste em criar ou mover objectos tangíveis, mas em manipular símbolos com determinados significados para as pessoas nas organizações (Hofstede 1983). De facto, se a cultura organizacional é dependente do contexto e do problema (Mannion et al 2008), o que se torna fundamental é a sua exploração e clarificação numa situação específica, em detrimento de classificá-la de acordo com uma qualquer predefinição.

E, fundamental, a forma como escolhemos definir cultura organizacional, tem implicações sobre o processo que seleccionamos para a analisar e investigar, que deve considerar a sua perspectiva de múltiplos constituintes (normas, valores, símbolos, pressupostos, ...), não generalizáveis, que coexistem em manifestações paralelas (sub-culturas) na organização, intimamente ligadas ao contexto desta.

2.1.2 - Valores, normas e regras da organização como macro-estrutura cultural

Os valores e as crenças partilhadas constituem a cultura organizacional, e uma boa forma de enquadrar a cultura é pensar sobre aquilo em que os seus membros mais acreditam – inovação, qualidade, risco, rotina, ... (Schneider et al 1996).

Se os valores e crenças dos colaboradores são influenciados pela percepção que estes têm sobre a organização, tendo por base as políticas, práticas, procedimentos e rotinas a que se encontram sujeitos, assim como face aos comportamentos expectáveis e recompensáveis (Schneider et al 1996), não deixa também de ser importante a forma como estes surgem, por quem são criados e como são mantidos na organização (Pettigrew 1979).

A cultura da organização reflecte também a aceitação ou recusa de experiências, valores ou procedimentos. De facto, o desenvolvimento da cultura organizacional é realizado pela integração, em maior ou menor escala, de novos elementos constituintes, num processo contínuo que ocorre ao longo de toda a vida da organização.

Adicionalmente, e aceitando que para os colaboradores actuarem num contexto e alinhamento específico, é necessário que estes detenham uma percepção continuada e estabilizada da realidade organizacional, a consciência dos factos e fenómenos na organização, o significado e o propósito das acções leva a emergência de padrões normativos que ficam, por inerência, “legitimados” na estrutura.

Os valores centrais que caracterizam a organização serão então muitas vezes a base do desenvolvimento de normas, às quais é associada a necessidade de uma posição de aprovação ou rejeição face a atitudes e crenças específicas, assim como a agir numa determinada direcção (O'Reilly 1989).

É através destes processos e mecanismos, e da interacção provocada entre sujeitos e organização, que a macro-estrutura cultural da organização se desenvolve e evolui. De facto, vários investigadores reconhecem que a organização é, ela própria, produtora de fenómenos de natureza cultural.

2.1.3 - Tipologias e perfis de cultura organizacional

Durante a revisão de literatura associada a esta investigação, tornou-se necessário identificar as tipologias e dimensões de cultura organizacional que se assumem como as principais referências na área, permitindo assim o desenvolvimento de uma base conceptual sólida.

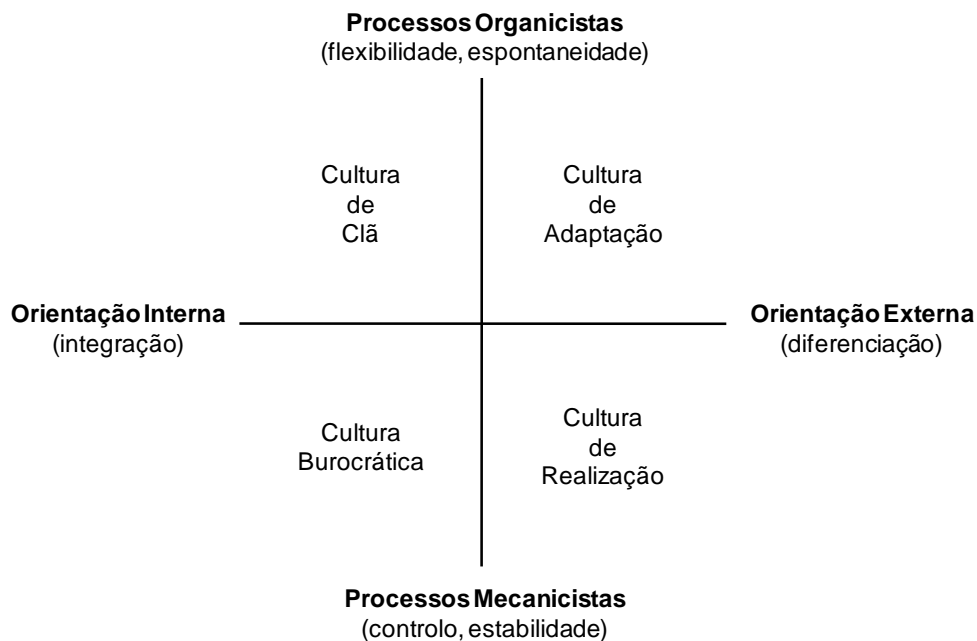
O obstáculo constituído pela vasta diversidade de dimensões culturais tem sido ultrapassado pelo agrupamento de várias dimensões em categorias e em considerá-las como constituintes de diferentes níveis de cultura (Mannion et al 2008).

Deste modo, as características dominantes da organização são categorizadas em tipos culturais predefinidos, das quais poderemos referenciar algumas das mais relevantes.

Deshpandé et al (1993) abordaram a questão das tipologias culturais no contexto do paradigma teórico "cognição organizacional", ou seja, uma perspectiva da cultura focalizada no

processamento da informação de gestão e da organização enquanto um sistema de conhecimento. Estas tipologias apresentam-se graficamente (figura 4) sob a forma de quadrantes, que seguem dois eixos: processos (organicista para mecanicista) e orientação (interna para externa):

Figura 4 - Modelo de Deshpandé

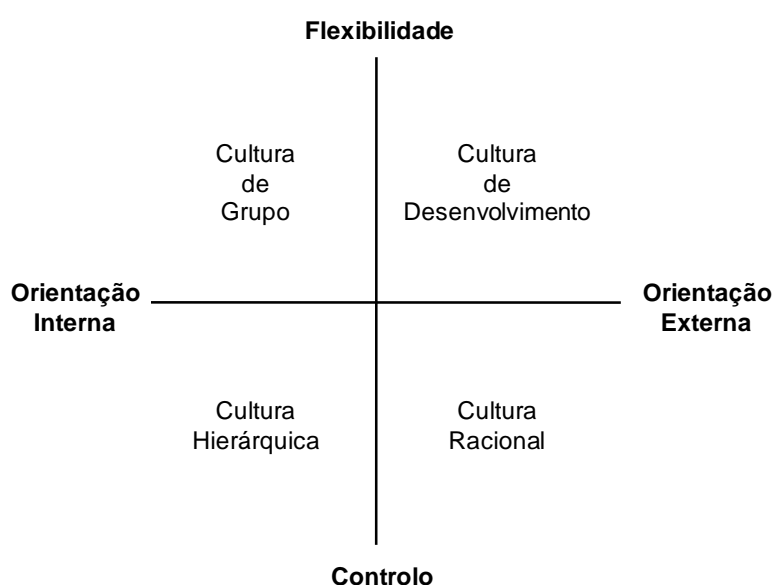


Fonte: adaptado de Deshpandé et al. (1993)

1. Cultura de Realização: enfatiza a vantagem competitiva e o alcançar de objectivos, sendo as transacções regidas pelos mecanismos do mercado no qual se procura a superioridade.
2. Cultura de Clã: ênfase na coesão, lealdade, tradição, trabalho de equipa, participação e satisfação, sendo estes últimos posicionados mais alto do que os próprios objectivos financeiros e de quota de mercado.
3. Cultura de Adaptação: ênfase no empreendedorismo, criatividade, flexibilidade, tolerância e inovação.
4. Cultura Burocrática: ênfase nas regras e regulamentos, previsões; as transacções são realizadas sobre controlo, avaliação e na direcção de objectivos muito precisos.

Muitos gestores e teóricos acreditam que o facto das organizações operarem em ambientes cada vez mais complexos - objectivos múltiplos e conflituosos, constrangimentos de várias naturezas, constante desenvolvimento tecnológico - contribui para que as tipologias de "realização" e "adaptação" se comprovem como determinantes da performance no negócio. Outro modelo relevante é o “Competing Values Framework” (Denison e Spreitzer, 1991), que apresenta dois eixos (figura 5), flexibilidade-controlo e orientação interna-externa, dos quais resultam quatro quadrantes de dimensões culturais:

Figura 5 - Modelo de Denison e Spreitzer



Fonte: adaptado de Denison e Spreitzer (1991)

1. hierárquica: centralização, controlo, estabilidade, planeamento
2. racional: focalização na tarefa, eficiência, eficácia, objectividade
3. de desenvolvimento: flexibilidade, desenvolvimento, inovação, criatividade
4. de grupo: trabalho em equipa, participação, responsabilização, coesão

Cada organização reflectirá uma combinação destas quatro culturas, na qual é expectável encontrar um ou mais dimensões dominantes.

Por seu lado, Schein (1996), é defensor da análise cultural através de processos de observação e um crítico dos trabalhos de Hofstede (Hofstede et al. 1990, 1993), identificando três tipologias culturais que, segundo ele, são básicas em qualquer organização:

1. "Operacionais": chefias intermédias e colaboradores que actuam na produção e distribuição dos produtos/serviços que constituem o objecto da organização; é este grupo que tipicamente é alvo dos programas de mudança e dos esforços de aprendizagem organizacional.
2. "Especialistas": este grupo inclui toda a tipologia de tecnocratas da organização; preferem soluções "sem pessoas", suportadas o mais possível por sistemas, máquinas, rotinas e regras, com automatismos e a fiabilidades destes; as necessidades das estruturas sociais são "consequências indesejáveis e infelizes" da natureza humana.
3. "Executivos": comunidade global de gestores, que cada vez mais necessitam de confiar em regras, procedimentos e sistemas, em especial de controlo, que embora detenham o conhecimento e as perspectivas dos operacionais, cada vez mais as abandonam em detrimento das percepções do mundo competitivo.

Existem também abordagens tipificadoras da cultura organizacional que estão muito ligadas ao papel dos fundadores e dos líderes de topo na organização, face à indução cultural por estes exercida sobre a organização. Neste contexto, Robbins (2003) auxilia-nos a perspectivar o processo de criação da cultura organizacional em três eixos distintos:

1. os fundadores apenas contratam e mantêm os colaboradores que pensam e sentem como eles;
2. exercem acções de doutrina e socialização desses colaboradores, sobre os seus pensamentos e sentimentos;
3. o comportamento dos próprios fundadores actua como um modelo de comportamento que encoraja os colaboradores a identificarem-se com estes e assim interiorizarem as suas crenças, valores e presunções.

Para concluir esta abordagem sumária, é fundamental a referência às investigações empíricas de Geert Hofstede, pelo facto de se tratar, no nosso entendimento, de uma das principais referências na área (cf. investigação de Hofstede et al 1990 e Hofstede 1998).

Uma das conclusões mais relevantes das investigações anteriormente identificadas prende-se com a identificação de um conjunto de "dimensões" (generalistas) no construto cultura organizacional.

Estas dimensões foram deduzidas da análise factorial exploratória realizada sobre os dados recolhidos através dos questionários de cultura organizacional aplicados, tendo sido produzidas seis dimensões, distintas e mutuamente independentes (Hofstede 1998):

1. orientação por processos (a) vs. orientação por resultados (b)
 - a) os colaboradores percebem-se no evitar os riscos, por um esforço limitado na execução das tarefas e pela elevada rotina;
 - b) conforto em situações novas, máximo empenho nas tarefas, enfrentam-se habitualmente novos desafios;
2. orientação para os colaboradores (a) vs. orientação para as tarefas (b)
 - a) os problemas pessoais são considerados e a empresa responsabiliza-se pelo bem-estar das pessoas; as decisões importantes tendem a ser tomadas em grupos ou comités;
 - b) forte pressão para a execução da tarefa e percepção da empresa como apenas interessada no resultado directo, sem preocupações com os colaboradores; decisões importantes tomadas individualmente;
3. identidade organizacional (a) vs. identidade funcional (b)
 - a) as normas da organização são igualmente aplicáveis na vida privada; a empresa procura também colaboradores considerando o seu próprio “status”; pensamento a curto prazo;
 - b) independência da vida privada e contratação pelas competências; pensamento a longo prazo;
4. sistemas abertos (a) vs. sistemas fechados (b)
 - a) a organização e suas pessoas são receptivas a novos membros e a integração destes é eficiente e rápida;
 - b) apenas pessoas muito “especiais” se integram facilmente na organização e os novos colaboradores necessitam de muito tempo para se integrarem;
5. controlo forte (a) vs. controlo fraco (b)
 - a) elevada consciência sobre custos; pontualidade e sobriedade sobre a “vida da empresa”;

- b) falta de sensibilidade quanto a custos; falta de pontualidade nas reuniões; “piadas” sobre a empresa e as funções são comuns;
- 6. orientação pragmática (a) vs. orientação normativa (b)
 - a) organizações determinadas pelo mercado; maior ênfase nas necessidades dos clientes e atitude pragmática face à ética empresarial;
 - b) implementação de regras “invioláveis” face ao exterior, com maior ênfase no cumprimento dos procedimentos; os standards éticos são habitualmente elevados.

Perante esta tipologia, Hofstede et al. (1990) consideraram existirem fundamentos para a formalização de um modelo de cultura organizacional, com base nas seis dimensões, percepcionadas como práticas partilhadas.

Mas a utilização de tipologias poderá também ser um factor de constrangimento: ao categorizar, poderemos estar a emitir um julgamento, a criar estereótipos, diferentes “tipos de cultura” que, no limite, podem conduzir o investigador a negligenciar alguns aspectos da cultura numa perspectiva integrada. Isto para não referir os elevados riscos de, na investigação ou na prática organizacional, criar uma taxonomia de culturas “boas”, “más”, “fortes”, “fracas”, “positivas” ou “negativas”, o que dificilmente poderá ser considerado verdadeiro (Mannion et al 2008). Noutra perspectiva, a utilização de tipologias, nas quais o objectivo primário é desenvolver um conjunto de dimensões uniformes através das quais a cultura possa ser comparável ou até medida, estará perto de uma abordagem positivista à cultura organizacional (Denison 1996).

2.1.4 - Cultura dominante, sub-culturas e contra-culturas

Poderemos afirmar que na organização típica existe, tendencialmente, uma cultura dominante, que expressa os valores centrais partilhados pela maioria dos membros dessa organização. Schein (1996) chama-lhes um conjunto de linhas de orientação ideológica, que requerem um mínimo de consenso e consistência, vitais para o funcionamento da própria organização.

Tal não é sinónimo de uma cultura única. Na generalidade das organizações e, especialmente, nas que possuem uma estrutura mais complexa (por dimensão, caracterização ou contexto), existem subculturas (Bellou 2008; Mannion et al 2008; Martin 2002; Robbins 2003; Detert et al

2000; Hofstede 1998b; Deshpandé et al 1993; Smircich 1983), que tendem a desenvolver-se reflectindo problemas, situações e experiências comuns a um determinado conjunto de indivíduos.

Estas incluem não só os valores únicos (distintivos) dos seus membros, como também um conjunto maior ou menor de elementos da cultura dominante, tais como valores centrais, práticas e comportamentos (Bellou 2008; Robbins 2003). Na prática, enquanto alguns atributos culturais existirão em toda a organização, outros podem apenas ter relevância em algumas unidades desta. Assim, diferentes culturas podem surgir associadas a diferentes grupos profissionais, que podem explicitamente diferenciar-se de outros pelos seus valores ou artefactos, em associação ou não com diferentes níveis de poder e influência na organização (Mannion et al 2008). Na área hospitalar, tal poderá ser exemplificado com a dominância tradicional da “cultura médica” e o recente desenvolvimento de uma “cultura de gestão”.

Porém, a existência de grupos não implica que, no seu interior, os comportamentos e práticas sejam necessariamente comuns a todos os indivíduos nestes (Bellou 2008).

As culturas ditas como “dominantes”, estão muitas vezes ligadas aos seus próprios fundadores (Hewlett-Packard, IBM, General Motors, ...) e ao legado que estes deixam ao nível de comportamento organizacional (Schneider et al 1996, Dellana e Hauser 1999). Encontramos assim como sujeito fundamental o líder da organização e o seu papel determinante para a criação da cultura dominante nesta. A sua importância prende-se não só com o seu perfil de personalidade e com as suas qualidades e atributos pessoais mas, principalmente, com os processos de interacção entre o fundador/líder e os seus seguidores, que permitem desenvolver, de forma sustentada, a visão, o propósito das acções e o empenhamento individual na organização (Pettigrew 1979).

As diferentes culturas numa organização não são habitualmente associáveis aos diferentes níveis funcionais do seu respectivo organigrama, reflectindo-se mais de uma forma vertical e dispersa do que linear / transversal, se bem que a típica especialização das organizações sugere que os colaboradores com qualificações semelhantes tendem a ser colocados em proximidade, face a uma determinada actividade, o que tem elevada probabilidade de reforçar o seu sentimento de grupo no interior da organização.

No entanto, é importante considerar que existem diferenças genéricas entre as crenças e valores fundamentais da gestão de topo e aqueles que estão nos níveis mais baixos da organização - o desejo da gestão sobre como as coisas deveriam ser versus a realidade operacional da organização (O'Reilly 1989), sendo a análise de ambas fundamental para uma visão efectiva do construto "cultura organizacional". A cultura da gestão de topo não é então, *per si*, garantia de que a cultura dominante – ainda menos, a generalidade da cultura organizacional – partilhe essas normas, valores ou crenças.

Um outro factor crítico na abordagem da cultura dominante e de sub-grupos nas organizações revela-se na intensidade ou consistência das normas. O'Reilly (1989) refere-nos dois conceitos de enquadramento: intensidade e consenso. De facto, a compreensão generalizada de uma determinada norma ou valor não implica, necessariamente, a sua aprovação pelo grupo, do mesmo modo que esta pode assumir claramente um valor, mas diferente para grupos igualmente distintos. De facto, é neste contexto simultâneo de intensidade e consenso que devemos procurar a razão de existir uma cultura dominante numa organização.

Uma empresa pode, e normalmente tem, várias culturas presentes, embora uma seja de facto a dominante e existam fenómenos mais ou menos evidentes e a níveis diferentes de intensidade de conflito entre a cultura dominante e as sub-culturas (Deshpandé et al 1993). Neste contexto, e segundo Smircich (1983), surge entre as sub-culturas uma competição pela própria definição da natureza das situações no interior da organização, assim como um potencial conflito entre estas, originário nas (eventualmente) diferentes prioridades e objectivos que cada grupo pretende atingir (Schein 1996).

Como tem sido evidenciado por um grupo crescente de investigadores, algumas empresas tem tentado ultrapassar os constrangimentos da coexistência dos diferentes grupos culturais, tentando a sua integração numa única vertente cultural (Schein 1996) - estas organizações são uma excepção e existe pouco conhecimento sobre a forma como o conseguiram realizar com sucesso.

O próprio reconhecimento da existência de sub-culturas organizacionais é associável a uma cultura mais ou menos "forte", devendo entender-se por esta adjectivação uma cultura em que os valores centrais da organização são partilhados com abrangência e elevada intensidade.

Assim, quanto maior o número de elementos que aceitem os valores centrais (da cultura dominante), maior a influência e controlo comportamental.

Num estudo empírico realizado (Hofstede 1998b) foram identificadas três sub-culturas específicas:

1. profissional: mais pragmática, não muito orientada para os resultados, menos orientada para os colaboradores e com maior controlo;
2. administrativa: orientação por processos, altamente paroquial, a mais normativa; não existe um controlo forte, as relações são bastante informais;
3. "serviço ao cliente": respeito pelas normas, mais informalidade, mas menor abertura interpessoal.

Mais importante do que o enunciar de resultados, é afirmar a necessidade de desenvolver uma gestão "culturalmente consciente", em especial nas denominadas organizações complexas. Tal significa estar atento à variedade cultural no interior da sua própria organização, sem esquecer que, complementarmente, também as decisões da gestão reflectem a subcultura do grupo a que pertencem.

A importância de providenciar aos gestores, a diferentes níveis, mapas das sub-culturas organizacionais, conduzirá a discussões sobre a variedade cultural presente e qual será a desejável (Hofstede 1998b). Isto poderá contribuir para que partes da organização sejam inadvertidamente prejudicadas devido à existência de soluções globais e generalistas, que possam entrar em conflito com as suas necessidades culturais específicas.

A importância de subculturas deve ser alvo de maior investigação futura, pois tem existido reduzida atenção, a este nível, à realidade pluralista das organizações actuais, assim como às próprias contra-culturas, aquelas que se opõem activamente (Smircich 1983; Detert et al 2000).

A investigação da importância das subculturas poderá ser relevante na implementação do SGQ em contexto hospitalar, dados os tradicionais grupos profissionais que neste convivem, podendo mesmo ser uma forma de compreender porque determinadas iniciativas de mudança têm sucesso enquanto outras falham (Detert et al 2000).

2.1.5 - Factores externos, internos e papel do indivíduo no desenvolvimento

da cultura organizacional

Uma importante questão adicional do enquadramento da cultura organizacional surge da área da psicologia organizacional e prende-se com a interacção indivíduo-cultura no desenvolvimento desta.

É na inseparabilidade entre os colaboradores e o próprio ambiente organizacional onde actuam que encontramos as raízes para a existência e desenvolvimento das características culturais destes (Schneider 1987). Significa isto que, o indivíduo, uma vez atraído para um contexto de cultura organizacional – uma empresa ou um grupo no interior desta – e sentindo-se bem nesta, contribui de forma activa para as características desse próprio ambiente cultural.

Deste modo, são as diferentes pessoas e a continuidade da sua manutenção num determinado grupo que condiciona a forma como se visualiza a organização e como esta se distingue das demais. Teremos assim uma organização (ou grupo) em que os seus elementos geram e se identificam com os valores, normas, crenças e pressupostos partilhados entre si, com carácter duradouro (sem ignorarmos a potencial presença das anteriormente referidas sub-culturas). O comportamento organizacional semelhante seria então resultado da semelhança e identificação entre os elementos do grupo e não causado por factores externos (Schneider 1987).

Restará comprovar se, daqueles que não se identificam, estamos no geral perante efectivas saídas da organização ou, pelo contrário, por uma força conducente ao nascimento de um sub-grupo cultural no interior desta – embora tal análise não seja objecto deste estudo.

No entanto, e de grande relevância para a integração cultura organizacional / gestão da qualidade, estão duas importantes ideias associadas ao anteriormente exposto. Primeiro, que a estrutura e os processos organizativos são resultantes dos comportamentos dos colaboradores - e não as suas causas - e que poderão ser alterados quando estes últimos também mudarem o que, para suceder, necessitará de uma relevante atracção e manutenção de diferentes tipos de pessoas à organização. Não será então possível continuar a aceitar um “determinismo ambiental” (Schneider 1987:450), segundo o qual as formas organizacionais são

consequência directa e exclusiva de fenómenos fora dos indivíduos (Pfeffer 1981). Segundo, que o papel do indivíduo remete-nos igualmente para a sua identificação e envolvimento com o processo de mudança, assim como para os seus factores motivacionais face a esta e que, ao terem ênfase insuficiente, influenciarão fortemente um desenlace de fracasso para esse processo (Huq 2005).

2.1.6 – Cultura organizacional e gestão das organizações

Após o enquadramento anteriormente realizado sobre o núcleo de valores culturais numa organização e as suas tipologias e perfis, fundamentais para a sustentabilidade do próprio estudo empírico inerente a esta dissertação, é necessário compreender como a cultura organizacional pode ser desenvolvida e gerida.

A base do desenvolvimento da cultura assenta na forma como uma organização cria e suporta um conjunto de normas, evidencia a sua importância, focaliza nestas os colaboradores e gera mecanismos de disseminação e reforço das atitudes e comportamentos considerados adequados.

Esta apropriação cultural é particularmente vantajosa quando visa o potenciar de comportamentos alinhados com os objectivos estratégicos e do negócio. O que estará longe de ser uma acção linear, dada a influência directa e indirecta das anteriormente referidas sub-culturas, em especial se nestas é predominante um reforço de práticas e valores contrários ou claramente conflituosos com os objectivos organizacionais.

No entanto, como já referido, aceitamos a impossibilidade de um determinismo ambiental e destacamos o papel do indivíduo e das interacções na geração da própria cultura organizacional. Daqui ressalta um outro factor importante para a gestão e para este projecto: a forma como as dimensões e tipologias de cultura organizacional se inter-relacionam e como influenciam os processos e resultados da organização.

O'Reilly (1989) identifica quatro mecanismos que são habitualmente utilizados no desenvolvimento da cultura organizacional, aplicados de acordo com diferentes graus de intensidade face à especificidade da organização:

1. *Participação*: reflectida em sistemas que encorajem os colaboradores a um envolvimento, associado a um sentido de responsabilidade pelas acções individuais e ao claro reconhecimento do valor que estes comportamento e atitudes trazem para a organização.
2. *Gerir como um acto simbólico*: acções visíveis, claras e continuadas, por parte da gestão, no suporte dos valores culturais, o que auxilia a criação de um padrão de actuação consistente com estas, potencia a sua credibilidade e consequente seguimento por parte dos colaboradores.
3. *Informação plena*: o sentimento de pertença ao grupo e do consequente alinhamento de actuação vive também das mensagens informais e implícitas entre os membros do grupo e estes, no seu conjunto, permitem o desenvolvimento de uma forte construção social da realidade.
4. *Gestão das compensações*: sistemas de compensação que geram recompensas intrínsecas e indirectas, de impacto no reconhecimento e aprovação pelo grupo e que maximizam o sentimento de pertença à organização e de alinhamento de comportamentos e atitudes.

Examinando a cultura organizacional num contexto de gestão e estratégia da organização, será desejável mais do que a conexão entre estes conceitos. Há inclusivamente autores para os quais o desenvolvimento da estratégia é uma actividade de cultura organizacional e, simultaneamente, a mudança cultural é uma actividade estratégica (Maull et al 2001).

Praticamente desde o início da abordagem à cultura na sua vertente organizacional que vários investigadores se têm dedicado à problemática do seu impacto no desempenho da organização, de entre os quais podemos referir Wilkins e Ouchi (1983), Barney (1986), Gordon e DiTomaso (1992), Kotter e Heskett (1992), Denison e Misha (1995), Maull et al (2001) e Sorensen (2002).

Comum a estes estudos é o facto de existir uma consonância de opiniões e evidências empiricamente comprovadas, sobre a importância da congruência de objectivos e a partilha de valores comuns à organização determinarem a visibilidade do interesse colectivo. No entanto,

não são, per si, um factor de relevância para o desempenho organizacional, nem surgem de forma gratuita na organização.

A este propósito, Wilkins e Ouchi (1983) sugerem um conjunto de condições necessárias para a obtenção de um elevado nível de agregação social na organização: primeiro, para que se desenvolvam sistemas sociais complexos, é necessária uma história organizacional relativamente longa e uma elevada estabilidade dos membros na organização. Segundo, um menor peso de grupos socialmente contraditórios fortalece uma cultura dominante. Por último, a capacidade do grupo desenvolver interpretações comuns de eventos, ao nível do conhecimento social.

Muitas vezes, a gestão da mudança na organização apresenta-se como um processo cíclico, despoletado pelos órgãos de gestão de uma forma que, para um observador externo, poderá ser mais ou menos semelhante à tentativa e erro. De facto, este tipo de actuação diminuí drasticamente a confiança e a expectativa dos colaboradores, ao mesmo tempo que se torna frustrante para a Direcção. Se gerir implica, muitas vezes, mudar, é certo que é fundamental estruturar previamente o contexto dessa mudança - da mesma forma que só é possível estruturar e mudar com sucesso aquilo que se conhece bem.

Essa abordagem conduz-nos a uma importante premissa: a maior parte dos processos de mudança ocorrerão num ambiente empresarial que “conhece pouco de si próprio”, de forma estruturada. Mais, uma organização é constituída por pessoas – pelo que o não alinhamento entre os valores individuais e os da própria empresa resultará em percursos díspares e objectivos e desempenho marginais à estratégia da organização. Infelizmente, é muitas vezes necessária uma crise para a organização entender este contexto (Schneider et al 1996).

A estratégia da organização necessita de ser reflectida na sua cultura, na perspectiva que os objectivos a atingir – e porque resultantes de um esforço colectivo integrado – exigem um alinhamento num mesmo sentido. O desempenho da organização é muitas vezes afectado pela sua incapacidade em identificar as dimensões de cultura organizacional necessárias de potenciar para fazer face às exigências que uma nova estratégia ou grupo de objectivos. Esta circunstância é especialmente relevante quando o contexto organizacional exige importantes níveis de motivação e intensidade de envolvimento aos seus colaboradores (O'Reilly 1989).

2.1.7 - Analisar a cultura da organização: metodologias, resultados, constrangimentos

Pretendemos com este sub-capítulo referenciar as diferentes metodologias de abordagem empírica à cultura organizacional, por forma a posicionar a própria opção de investigação seguida neste projecto, a detalhar no capítulo 3.

A investigação em cultura organizacional exige a decisão, *a priori*, sobre o que representa uma unidade organizacional culturalmente significativa: uma empresa multinacional, uma subsidiária num país, um departamento funcional, uma localização geográfica, um nível hierárquico, um grupo de trabalho.

Para alguns autores, a análise da cultura organizacional implica a utilização, isolada ou combinada, de vários métodos de recolha de informação e receptividade aos aspectos individuais da integração e socialização do colaborador na organização. Estes estudos perspectivam habitualmente uma evolução temporal do sistema social na organização (Pettigrew 1979; Schein 1989).

É habitualmente referenciado que o critério determinante da opção por uma determinada metodologia de investigação da cultura organizacional deve ser a questão de investigação e não o alinhamento metodológico preferido do investigador (Mannion et al 2008), sendo que a investigação com métodos qualitativos da cultura organizacional oferece descrições detalhadas da vida organizacional, enquanto os seus estudos quantitativos e comparações de estudos de caso qualitativos permitem análises e comparações inter-organizacionais que, de outro modo, seriam difíceis de realizar (Martin et al 2004).

É comum a aplicação de métodos quantitativos de recolha de informação ao estudo da cultura organizacional, em especial inquéritos por questionário com o objectivo de analisar e comparar dimensões de cultura organizacional. Esta preferência é relativamente fácil de justificar, dado que se baseia em indicadores de cultura facilmente mensuráveis e, por essa razão, aliciantes para investigadores e praticantes. A vertente temporal e a gestão de recursos alocados à investigação também não são factores menosprezáveis, já que o tempo alocado a uma abordagem deste tipo (por exemplo, com inquérito por questionário) é bastante inferior à realização de abordagens etnográficas de observação da actividade dos sujeitos, à aplicação

de entrevistas pelas técnicas de incidentes críticos ou de matriz de construtos, enquanto exemplos de recolha de dados em abordagem qualitativa da cultura organizacional, sem ignorar a maior complexidade associada aos últimos. Não é então surpreendente que muitos autores considerem que a abordagem quantitativa da cultura organizacional seja caracterizada por um melhor rácio custo-benefício, maior precisão, estandardização, comparabilidade, sistematização e conveniência de aplicação em larga escala (Rousseau 1990; Tucker et al. 1990; Schein 1996), em especial nos níveis mais superficiais da cultura.

No entanto, um relevante número de estudos mistos, com a combinação de métodos quantitativos e qualitativos (Yauch e Steudel 2003; Denison e Mishra 1995; Gordon e DiTomaso 1992; Jermier 1991; O'Reilly et al. 1991; Hofstede et al. 1990; Rousseau 1990), defendem a importância de uma abordagem integrada entre as perspectivas positivista e interpretativista. Deste modo, conseguir-se-ia obter as vantagens de cruzar a análise organizacional específica com a possibilidade de uma visão mais generalista, inerente a comparações entre várias organizações (Denison e Mishra 1995).

E, como detalhado no capítulo 3, a opção seleccionada para esta investigação traduziu-se numa abordagem quantitativa na óptica de estudos de caso, facilitadora de análises caracterizadoras e comparações inter-organizacionais, embora reconhecendo as vantagens de privilegiar uma opção de investigação na qual a perspectiva interpretativista da cultura organizacional fosse mais reforçada.

2.2 - Gestão da Qualidade

2.2.1 - A qualidade e a organização como um sistema integrado de gestão

Desde o final da década de 80 do século XX que é habitual definir qualidade, de forma simples, como “assegurar ou exceder as expectativas dos clientes”, sendo que é fundamental posicionar estes numa óptica externa e interna à organização.

Um dos alicerces desta investigação passa pelo considerar da organização como um sistema integrado, no qual objectivos, recursos, processos e acções de planeamento, controlo e avaliação se cruzam com o meio envolvente e com uma política de desenvolvimento e de

melhoria contínua. Um sistema de gestão é assim constituído por um conjunto de processos individuais e recursos, que são integrados e harmonizados com vista à persecução de objectivos organizacionais, de uma forma eficaz e eficiente (Karapetrovic e Wilborn 1998).

Esta perspectiva da organização tem sido largamente discutida no seio de modelos de qualidade. De facto, resultou da evolução dos construtos “qualidade total” e “gestão da qualidade”, que ao longo das últimas décadas passou de uma perspectiva de “controlo e garantia de qualidade no produto” para uma perspectiva de gestão integrada da empresa, em que muitos gestores começaram a reconhecer que todas as actividades críticas para o negócio (liderança, planeamento estratégico, utilização da informação na tomada de decisão, ...) deveriam estar alinhadas com os princípios da qualidade e funcionarem, de forma integrada, como um sistema centrado na excelência do desempenho organizacional (Evans e Lindsay 2008).

Este conceito é extensamente suportado por diferentes modelos de gestão da qualidade (ISO9000 (IOS - International Organization for Standardization), Qualidade Total e Modelos de Excelência) e, no seu contexto de implementação, desenvolvimento e constante optimização, é fundamental a existência de elevados níveis de cooperação e sintonia com as mudanças organizacionais necessárias de implementar, de forma a atingir os seus objectivos últimos de desempenho organizacional.

Porém, falar da organização como um sistema integrado de gestão não é, no contexto desta investigação, falar apenas de processos de certificação em qualidade ou de standardização. Face ao primeiro conceito, que se suporta num reconhecimento por uma entidade independente de que se atingiu um determinado nível de conformidade nos processos e práticas associados à geração de um produto/serviço, defenderemos sempre gestão da qualidade como um processo de desenvolvimento empresarial, cuja dinâmica ultrapassa em muito qualquer objectivo de certificação tido como potencial consequência e não como causa originária de um modo de actuação e gestão. No segundo caso, a standardização opõe-se a uma perspectiva nuclear desta investigação – que um aspecto decisivo do sucesso da gestão de recursos humanos é o reconhecimento da sua vertente contextual – o que implica um alinhamento à especificidade organizacional, interna e externa.

Num contexto de gestão de recursos humanos, a eficácia e eficiência de um sistema integrado de gestão necessita de uma infra-estrutura - a dinâmica e força motriz gerada pelo conjunto de relações entre responsabilidades, comunicação, envolvimento e cooperação - que se encontrarão reflectidos numa determinada cultura organizacional. Assim, visualizar a organização como um sistema integrado de gestão é, sim, suportar o conceito de que a qualidade e o desempenho organizacional não dependem só de processos técnicos e tecnológicos mas também do impacto diferenciador da componente humana da organização e do seu alinhamento com esta, onde o reconhecimento da importância da cultura organizacional é uma exigência (Wilkinson e Dale 2001). Esta integração pode ser gerada por factores extrínsecos ou intrínsecos à organização, nomeadamente por se tratar de um requisito de negócio gerado por clientes, como por exemplo, uma necessidade de convivência de vários referenciais enquanto factor mandatório de fornecimento de produtos/serviços ou por uma decisão de gestão nesse sentido, associada à procura de uma maior abrangência de práticas, o que sendo um acto assumido de mobilização e investimento organizacional, é muito relevante numa perspectiva de excelência. Neste caso, não será eventualmente excessivo afirmarmos que, cada vez mais, a gestão da qualidade caminha no sentido da gestão geral e que o retorno do investimento deste percurso será facilitado por um quadro mental em que qualidade se torna sinónimo de boas práticas de gestão, vitais para a operação, desenvolvimento e competitividade da organização.

2.2.2 - Modelos de excelência, prémios de qualidade e standards de certificação

Na segunda metade do século XX e, em especial na Europa e nos EUA desde a década de 80, que a competitividade global tem exigido a necessidade de produzir bens e serviços de qualidade que excedam, de forma consistente, as expectativas dos clientes. A generalidade das empresas, nas áreas de serviços ou produção, procuram a melhoria contínua da sua performance, aplicando vários métodos para desenvolver a qualidade, reduzir custos e maximizar a produtividade (qualidade total, reengenharia de processos, planeamento de recursos, etc.).

Actualmente, os sistemas de gestão da qualidade (SGQ), visam assegurar a transposição das linhas de orientação dos modelos, métodos e normas da qualidade para o contexto da actividade da organização, integrando todas as funções e processos nesta presentes (Prajogo e McDermott 2005). Estes sistemas são sustentados pela geração de evidências de planeamento, organização, controlo e avaliação, exigindo habitualmente a alocação de um maior ou menor portfólio documental, da política e manual da qualidade aos procedimentos, instruções e registos a estes associados.

A importância reconhecida aos SGQ muito deve aos trabalhos de Deming, Juran, Crosby e Ishikawa (Kruger 2001), entre outros, que contribuíram para a criação de “boas práticas” que, posteriormente, conduziram ao desenvolvimento de standards, processos de certificação e prémios que reconhecem a aplicação eficaz dos princípios da gestão da qualidade (Evans e Lindsay 2008). Para Deming (1986), é de realçar o papel crítico da melhoria contínua dos processos, numa procura constante de redução de desperdícios, a todos os níveis da empresa. O principal contributo de Juran (Juran e Godfrey 2001) residiu na focalização no controlo de qualidade, enquanto responsabilidade primária da gestão, assim como na importância da liderança e da cultura organizacional na gestão da qualidade. Crosby (1979) desenvolveu a abordagem dos “zero defeitos”, baseado nas atitudes de realizar bem à primeira vez e na óptica da prevenção em todas as fases do ciclo produtivo. Para Ishikawa (1990), todas as iniciativas de gestão e controlo da qualidade, da eficácia económica ao desenvolvimento e produção, deverão estar focalizados na constante e crescente satisfação do cliente.

De forma genérica, uma definição de SGQ pode traduzir-se num sistema integrado, focalizado no cliente, para a melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços da organização (Waldman 1994). Actualmente, as actividades de um SGQ abrangem todos os níveis da organização e todos os aspectos do negócio, traduzindo-se em alguns conceitos primários: um compromisso para atingir as necessidades dos clientes, superá-las de forma diferenciada, gerar uma procura constante da melhoria contínua e “fazer bem à primeira”, em todas as actividades e processos. Para atingir os objectivos do SGQ é fundamental alcançar elevados níveis de cooperação e sintonia com as mudanças organizacionais necessárias de implementar. Para assegurar uma forte probabilidade de sucesso nestas, destaca-se a

necessidade de uma abordagem interdisciplinar, regularmente enfatizada na literatura relacionada com desenho e mudança organizacional.

A nível internacional, os modelos que maior impacto têm gerado nas práticas de qualidade são o *European Foundation for Quality Management (EFQM)*, o *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)*, o processo internacional de certificação *ISO 9000* e o modelo *Six Sigma*. A caracterização destes três últimos é sumariada na tabela 3:

Tabela 3 - Caracterização *MBNQA*, *ISO9000* e *Six Sigma*

	<i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i>	<i>ISO 9000</i>	<i>Six Sigma</i>
Caracterização	<p>Instituído pela <i>National Quality Program</i> (EUA), os seus critérios constituem um modelo de excelência do negócio, sendo revistos anualmente.</p> <p>Existem versões ligeiramente adaptadas, em áreas muito específicas, como a saúde.</p> <p>Identifica um conjunto de categorias para a excelência do desempenho, tais como o planeamento estratégico, a focalização no cliente ou os resultados, entre outros.</p>	<p>Standard de qualidade formalizado para os membros da União Europeia pela <i>International Organization for Standardization</i> (IOS) (ISO9000:1994).</p> <p>Baseia-se na premissa que certas características genéricas das práticas de gestão podem ser standardizadas num SGQ, alinhado para a excelência ao cliente. Os requisitos providenciam a estrutura básica de gestão da qualidade que a organização tem de assegurar para obter a certificação externa.</p>	<p>Modelo de optimização do negócio, eliminando erros e defeitos dos processos produtivos e de suporte. Pode ser utilizado como um veículo para a implementação de um SGQ, ligando métodos genéricos de gestão da qualidade, <i>ISO 9000</i> e <i>Baldrige</i>.</p> <p>Suporta-se numa abordagem de “pensamento estatístico” de análise, mensuração e quantificação de resultados, para reduzir variação e optimizar processos, nos quais as equipas de projecto têm um papel crítico.</p>
Focalização	<p>Excelência do desempenho ao nível de toda a organização, enquadrado pela gestão, mercado e resultados organizacionais.</p>	<p>Conformidade do produto e do serviço para garantir receptividade e sucesso no mercado, assim como resolução dos problemas do sistema.</p>	<p>Actuação global no negócio, em actividades e resultados críticos para o cliente, com o claro retorno financeiro para a organização. Nos serviços, tem sido recentemente designado por “<i>Transactional Six Sigma</i>”</p>

Tabela 3 - Caracterização MBNQA, ISO9000 e Six Sigma (continuação)

	<i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i>	<i>ISO 9000</i>	<i>Six Sigma</i>
Vantagem Crítica	Maior alinhamento ao negócio e maior nível de integração.	Perspectiva mais detalhada de controlo do processo e produto. Mais “ <i>user-friendly</i> ” para empresas a iniciarem a implementação de um SGQ.	Visão mais compreensiva da gestão da qualidade e mais vasta e integrada do que <i>ISO</i> e <i>Baldrige</i> . Muito eficaz na integração entre gestão de recursos humanos e gestão de processos, na perspectiva da melhoria contínua.

Fonte: adaptado de Evans e Lindsay (2008, p.111-121 e 128-138)

Complementarmente, pela sua relevância, referiremos sumariamente dois programas internacionais que concedem prémios de qualidade: *The Deming Prize* e o *European Excellence Award*. O primeiro foi instituído em 1951, pelo *Union of Japanese Scientists and Engineers*, como reconhecimento dos trabalhos de Deming e o sucesso que estes permitiram à indústria Japonesa. A obtenção do prémio é conseguida pela conformidade com um standard baseado em seis categorias de critérios (Evans e Lindsay 2008, p.123):

- políticas de gestão e o seu desenvolvimento associado à gestão da qualidade;
- desenvolvimento de novos produtos e/ou inovação dos processos de trabalho;
- melhoria e manutenção da qualidade do produto;
- desenvolvimento de sistemas de gestão da qualidade, custos, segurança, entre outros;
- recolha e análise de informação;
- desenvolvimento de recursos humanos.

O actual *European Excellence Award* foi criado pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM), Comissão Europeia e a *European Organization for Quality* em 1991, com a designação de *European Quality Award*. O modelo da EFQM tem um relevante reconhecimento na Europa e é suportado por um conjunto de conceitos de excelência: orientação para os resultados, focalização no cliente, liderança e consistência de objectivos, gestão por processos e factos, desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores, aprendizagem contínua e inovação, desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social. (níveis: *EFQM Excellence Award*, *Recognized for Excellence* e *Committed for Excellence*).

Embora os modelos e standards descritos sejam reconhecidos como relevantes para as organizações, têm surgido várias posições críticas. Por exemplo, algumas escolas de gestão consideraram a gestão da qualidade sem corpo teórico e, consequentemente, com pouca profundidade intelectual, o que levaria a que a classificassem genericamente como uma tendência de gestão desenvolvida por um conjunto de especialistas, tais como Deming, Juran e Ishikawa, entre outros (Grant et al 1994).

Tal perspectiva, embora necessária de referenciar nesta investigação, não é por nós partilhada. Pelo contrário, existe um conhecimento acumulado ao longo das últimas duas décadas, consubstanciado em extensa literatura e investigação o que, associado ao facto dessa literatura estar em sintonia sobre o que constitui a própria gestão da qualidade, nos possibilita considerar que a área se encontra numa fase de maturidade (Sousa e Voss 2002). Assim, os SGQ podem estruturar-se sobre um conjunto de pressupostos teóricos subjacentes aos seus princípios e técnicas, com fortes ligações à teoria de gestão e mantendo um corpo de conhecimento próprio (Dean e Bowen 1994; Hackman e Wageman 1995; Samson e Terziovski 1999).

Outra questão fundamental prende-se com a universalidade *versus* a dependência das práticas de gestão da qualidade do contexto organizacional. Esta perspectiva do impacto do contexto organizacional na gestão da qualidade remonta a Benson et al. (1991) e ao modelo “System-Structural View of Quality Management”, no qual identificam um conjunto de oito variáveis contextuais: qualificações da equipa de gestão, suporte da gestão à qualidade, variáveis de produto/processo, desempenho passado, variáveis do mercado, dimensão da organização, tipologia da organização e gestor que assume a responsabilidade pela qualidade (Benson et al. 1991:1113), com a adicional característica relevante de poderem existir diferentes factores contextuais entre empresas industriais e de serviços.

Desde então, vários estudos questionam a validade universal do conjunto de práticas de gestão da qualidade (Reed et al 1996, Dow et al 1999, Sousa e Voss 2001), não só no que se refere ao impacto da orientação estratégica da organização e do impacto do alinhamento entre esta e gestão da qualidade como factor de sucesso desta (Reed et al 1996), de ser potencialmente dispensável a implementação de todas as práticas inerentes a gestão da qualidade para garantir o seu sucesso (Dow et al 1999), o que se reflectirá em privilegiar não a

abordagem das “melhores práticas” mas sim das “melhores práticas em dependência do contexto” (Sousa e Voss 2001:400).

Embora a análise e identificação de potenciais variáveis contextuais não se enquadre nos objectivos deste estudo, este posicionamento de dependência contextual da gestão da qualidade é um aspecto muito relevante, pois como anteriormente referido, assumimos uma posição de caracterização contextual da gestão de recursos humanos e da cultura organizacional, pelo que será considerada como muito vantajosa a possibilidade de colocar todas as vertentes conceptuais no mesmo enquadramento.

2.2.3 - Práticas associadas à gestão da qualidade

Dean e Bowen (1994), citados por Evans e Lindsay (2008), caracterizam a qualidade em princípios, práticas e técnicas.

Os primeiros representam a fundação da filosofia da qualidade: a focalização nos clientes e outros *stakeholders*; o envolvimento e o trabalho de equipa de todos os colaboradores; uma gestão por processos, suportada pela melhoria contínua e aprendizagem.

As práticas, que representam actividades através das quais os princípios são implementados, como o planeamento, a gestão da informação, ou a liderança. Por fim, as técnicas, que são as ferramentas e abordagens para efectivar as práticas, como por exemplo um sistema de recolha de dados sobre uma actividade produtiva, uma técnica estatística de monitorização de desempenho ou um painel de indicadores de eficácia de um processo.

Delimitaremos o conceito de práticas associadas à gestão da qualidade como um conjunto de características organizacionais específicas, capazes de contribuir para a mobilização de recursos e processos, visando atingir os objectivos centrais e consequente sucesso do SGQ.

A revisão de literatura, das normas ISO e de estudos recentes na área da gestão da qualidade (tabela 4) que focaram esta questão (Tata e Prasad 1998, Sousa e Voss 2002, Sila e Ebrahimpour 2002, Huq 2005, Escrig-Tena e Bou-Llugar 2005) conduziu-nos à perspectiva de que existirá dificuldade em estabelecer uma estrutura de práticas única, pois estas são influenciadas pela realidade e actividades da organização, ou seja, pelo seu contexto.

Tabela 4 - Práticas associadas à gestão da qualidade

	Tata e Prasad (1998)	Sousa e Voss (2002)	Zuq (2005)	Escrig-Tena e Bou-Llusar (2005)	Sila e Ebrahimpour (2002)
Alinhamento Cultural				X	
Compromisso Organizacional				X	X
Cooperação com a Envoltente				X	
Envolvimento	X				X
Flexibilidade da Gestão			X	X	
Focalização no Cliente	X	X			X
Formação Contínua e Optimizada			X	X	X
Gestão de Processos		X	X		
Gestão por Objectivos			X		
Gestão Recursos Humanos		X			
Imagem Global da Organização				X	
Informação e Comunicação		X	X	X	X
Liderança	X	X	X	X	X
Melhoria Contínua	X		X		X
Multidisciplinaridade			X		
Planeamento Estratégico SGQ		X			
Recompensar o Empenhamento			X		
Reconhecimento Barreiras Culturais			X		
Reconhecimento Individual			X		
Responsabilização	X				
Satisfação do Cliente		X			X
Trabalho em Equipa	X				X
Valorização do Colaborador	X			X	

Também comum à generalidade dos estudos referenciados, embora no contexto de alguma diferenciação marginal no grupo de competências centrais identificadas por cada um destes, está a visão do SGQ como uma abordagem estratégica de desenvolvimento e não como ferramenta de redução de custos e conformidade com especificações, como uma abordagem de ganhos sustentados no médio e longo prazo e não como ferramenta comercial e de marketing no curto prazo.

2.2.4 - A gestão da qualidade em organizações de serviços

Collier (1987), citado em Evans e Lindsay (2008) define serviço como qualquer actividade primária ou complementar que não origine directamente um produto físico, realizada na transacção entre o cliente e o prestador (fornecedor). A sua produção (na qual participa o cliente), distribuição e consumo são processos simultâneos, centrados na interacção entre indivíduos (Gronroos 1984), que é também a principal responsável pela forma como os clientes avaliam os serviços. Estes são providenciados por organizações cuja actividade se centra na sua prestação a entidades públicas, empresas ou directamente a indivíduos, tais como serviços financeiros, imobiliários, transportes, energia ou saúde, entre outros. Para além das organizações cuja actividade é, intrinsecamente, a prestação de serviços (como um hospital), outras existem que, desenvolvendo primariamente a sua actividade como indústrias, possuem e dependem substancialmente de actividades complementares de serviços para os seus clientes, associadas aos seus produtos (tal como sucede, por exemplo, com fabricantes de computadores pessoais).

Bloom (1984) sumaria os principais problemas com os quais são confrontadas as organizações de serviços:

- Rigor na conformidade ética e legal: elevada integridade dos profissionais face ao cliente (e à totalidade dos parceiros de negócio).
- Incerteza da aquisição: dificuldade do cliente percepcionar atributos, benefícios ou mesmo objectivos primários do serviço.
- Percepção da experiência do prestador: o cliente necessita de se focalizar na experiência do prestador, para diminuir a incerteza.

- Diferenciação limitada do serviço: dificuldades de diferenciar serviços que, genericamente, serão muito semelhantes.
- Escasso reconhecimento da publicidade: meios e mensagem não são muito claros para o prestador, assim como o investimento.
- Envolvimento de todos no esforço de marketing: todos os colaboradores devem estar envolvidos nos processos de marketing e vendas.
- Tempo alocado para o marketing: encorajamento do relacionamento sócio-profissional com os clientes e demais parceiros.

Embora a área dos serviços se assuma cada vez mais como um/o segmento fundamental da economia mundial, a revisão da literatura permitiu-nos confirmar que a abordagem aos SGQ nesta área não se encontra tão desenvolvida como na área da indústria (Sureshchandar et al 2001, Yasin et al 2004, Douglas e Fredendall 2004, Gupta et al 2005, Huq 2005, Evans e Lindsay 2008). Uma das explicações para este facto poderá encontrar-se numa maior agressividade do mercado (pressão da concorrência) a que esta última foi sujeita, em especial no período compreendido entre 1950 e 1990.

A intangibilidade dos “outputs”, a preponderância dos critérios qualitativos de satisfação do cliente e a heterogeneidade dos serviços (Harte e Dale 1995), assim como a elevada necessidade de adaptação aos requisitos do cliente, a simultaneidade de produção/consumo, o elevado número de interações com o cliente (Evans e Lindsay 2008) ou a volatilidade da ligação ao cliente, já que este pode transitar entre diferentes fornecedores normalmente com uma maior facilidade do que perante produção de carácter industrial, exigem um alinhamento específico e cuidado das características do SGQ adoptado pela organização.

Numa perspectiva mais estruturada, Behara e Gundersen (2001) destacam três elementos fundamentais na gestão da qualidade nos serviços. À partida, a própria definição de qualidade: na indústria domina o conceito de conformidade com as especificações do produto, face à perspectiva mais abrangente de focalização nas necessidades do cliente. Segundo, o ênfase dado à área industrial na literatura de gestão da qualidade: só a partir do final da década de 90 se evidenciou um crescimento relevante de aplicações da gestão da qualidade na área dos serviços e, por inerência, dos estudos de casos sobre estas. Por último, o desenvolvimento da

perspectiva contingencial das práticas da qualidade, especialmente relevante nos serviços, que recomenda sensibilidade ao efeito do contexto organizacional na aplicabilidades destas.

Adicionalmente, o efeito da ligação directa e a presença personalizada perante o cliente final é também muito maior. O factor de exposição e de impacto dos serviços de “*frontoffice*” revela-se muitas vezes determinante para efeitos de qualidade percebida do serviço e seus reflexos na satisfação, valor e fidelidade do cliente.

Estas circunstâncias reflectem-se no facto de “muitos profissionais, por natureza, exercerem uma decisão individualizada, suportada não por sistemas e procedimentos rigorosos, mas pelos seus valores e crenças” (Harte e Dale 1995:34), o que realça o contributo positivo de uma cultura onde “a condução indirecta dos comportamentos dos colaboradores seja realizada pela transposição dos referidos valores, crenças e pressupostos para as políticas, procedimentos e rotinas das diferentes unidades organizacionais, das operações ao marketing e aos recursos humanos” (Sureshchandar et al 2001:348) - o que se encontra intimamente ligado ao enquadramento deste estudo e na importância da cultura organizacional no sucesso do SGQ.

Para esta perspectiva da qualidade nas organizações de serviços foram também fundamentais os estudos no domínio da qualidade dos serviços, por parte de investigadores consagrados na área, como Parasuraman et al (1985), que destacaram o papel das interações humanas (entre cliente e prestador e entre diferentes prestadores) nas expectativas e percepções da qualidade do serviço pelo cliente e a forma como esta característica torna mais difícil a implementação eficaz da qualidade, tendo mais tarde desenvolvido o instrumento SERVQUAL para essa mensuração. Mais recentemente, numa relevante investigação envolvendo 170 empresas de serviços nos EUA, Behara e Gundersen (2001) confirmaram a importância de elementos da gestão de recursos humanos, tais como o desenvolvimento, a participação ou a compensação para obter a desejável qualidade de serviço.

2.2.5 - Gestão da qualidade na área da saúde

O conceito de qualidade em saúde pode ser definido como “o modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados” (JCAHO in Sousa 2010). De uma forma mais específica, Biscaia (2007) apresenta-nos uma definição assente na importância de definir metas e gerir o seu desempenho, em todos os níveis de cuidados e com o objectivo último da melhoria contínua dos cuidados. Assim, a qualidade na saúde será conceptualizada numa perspectiva de cuidados e de sistemas, num contexto em que estes devem ser concebidos, desenvolvidos e geridos no alinhamento com as expectativas dos seus utilizadores e dos prestadores dos cuidados (WHO, 2006).

Tradicionalmente, o conhecimento técnico dos profissionais da área da saúde, em especial das funções clínicas (i.e. médicos e enfermeiros), foi durante muito tempo considerado como suficiente para assegurar a qualidade dos serviços de saúde prestados. Inclusivamente, essas funções têm exercido uma posição determinante no estabelecimento das regras de funcionamento dessas organizações (Ruiz 2004).

Como em qualquer outra área, existem desafios específicos do seu contexto (nos quais se posicionará o SGQ e os seus intervenientes): Sousa (2010, p.23) refere-nos “as alterações demográficas, o envelhecimento da população, a crescente complexidade dos cuidados de saúde, o desenvolvimento tecnológico, o aumento das expectativas dos doentes e os problemas associados ao financiamento”. A subvalorização deste contexto (e seus reflexos no desempenho dos sistemas de saúde) poderá levar a uma percepção de diminuição da qualidade pelos clientes (utilizadores/utentes), mesmo que esta diminuição não seja real (Biscaia 2007).

O interesse pela qualidade nas organizações na área da saúde tem sido formalmente abordado desde que o American College of Surgeons estabeleceu o seu standard em 1917. Porém, hoje em dia, as organizações que actuam na área da saúde, são estruturas complexas, em que a gestão, as tecnologias, os recursos humanos e os cuidados clínicos são processos que necessitam de interagir de forma contínua. Esta realidade encontra-se em alinhamento com os resultados de um estudo da American Society for Quality, que em 2008 identificou a área da

saúde como uma das principais forças que influenciará o futuro da qualidade, especialmente no que respeita à eliminação de insuficiências nos sistemas de saúde e outros aspectos operativos de base, com a gestão de resíduos, a gestão das equipas e das tecnologias de informação.

É também fundamental compreender que, ao contrário de outros países - dos quais os E.U.A. serão o mais destacado exemplo - nos quais a estrutura do sistema de saúde é muito diferente de Portugal (assenta maioritariamente numa rede privada), as organizações apostam claramente na gestão da qualidade como factor de competitividade perante a concorrência, o que determina uma maior difusão de práticas passíveis de *benchmarking*, um maior esforço do desenvolvimento dos sistemas, um maior ritmo de adopção e, consequentemente, também uma maior investigação na área.

Não é, no entanto, apenas a caracterização sectorial que poderá determinar a intenção e a decisão em implementar um SGQ na área da saúde, em especial, num hospital. Assim, se adicionalmente considerarmos o impacto de factores externos, como a evolução da procura de serviços de saúde, o desenvolvimento da rede de prestação de cuidados primários, a exponencial expansão da actividade seguradora na área e as políticas governamentais, entre outros, estão reunidas as condições para uma crescente necessidade de um sistema que permita um conceito de qualidade integrada da prestação dos serviços de saúde.

Mas, qualquer que seja a causa principal para implementar o sistema, a especificidade da área leva-nos a considerar um conjunto de aspectos fundamentais no âmbito da qualidade na saúde, que segundo Machado e Nunes (2006, adaptado) podem consubstanciar-se em técnicas, actividades, procedimentos ou processos que permitam:

- dar prioridade a promoção e manutenção da saúde;
- a detecção e tratamento da doença, o mais precocemente possível;
- maximizar a melhoria do estado fisiológico do utente, de acordo com os seus interesses e no menor tempo e custo possível;
- garantir que o utente dispõe de toda a informação necessária e que coopera em todos os processos em que a sua decisão é relevante;

- garantir os adequados recursos humanos, materiais, equipamentos e de infraestruturas, assim como a sua utilização eficaz e eficiente;
- assegurar o base científica de todo o sistema;
- garantir a eficácia no fornecimento do serviço, ou seja, que este é prestado em tempo útil e sem descontinuidades;
- manter um sistema de informação eficaz, no armazenamento, acesso e partilha da informação fundamental para o tratamento e processos de suporte.

Tal como em outras áreas de actividade, também na saúde os SGQ são desenvolvidos para ultrapassarem uma postura reactiva de resposta às necessidades explícitas dos clientes. Mas, a já referida especificidade da área conduz a uma característica pouco comum nestes: para além da satisfação das necessidades, o focus é também na sua diminuição, através de uma posição proactiva de prevenção (WHO 2009 in Revez e Silva 2010).

Complementarmente, o direccionamento para SGQ que contribuam para uma maior qualidade integrada das práticas tem sido concretizado com base em dois principais factores:

- necessidade dos prestadores de serviços reconhecerem o posicionamento dos pacientes como clientes e, consequentemente, os seus valores e preferências (Thompson 1999);
- interesse e exigência dos vários “stakeholders” (Estado, entidades pagadoras, clientes, políticos e prestadores) em obter formas eficazes de avaliação dos serviços (Ruiz 2004).

Estes objectivos têm sido primariamente alcançados com base em standards internacionais de certificação, processos de acreditação e critérios de modelos de excelência (Ruiz 2004).

Utilizando como exemplo o caso específico da área hospitalar, vários estudos tem apresentado como obstáculo crítico ao sucesso do desenvolvimento da gestão da qualidade (ou mesmo à sua implementação), alguma indiferença do corpo clínico, agravada pelo facto de em muitos casos, este ocupar posições de gestão de topo nessas organizações (Carman et al 1996; Zabada et al 1998, Huq 2005). Adicionalmente, outros factores carecem de uma especial atenção: os serviços hospitalares têm uma forte tradição de departamentos independentes, associada a forte autonomia das funções e, por último, ao contrário da generalidade das outras organizações de serviços, o cliente externo assume uma posição maioritariamente passiva enquanto destinatário do serviço.

Os casos de sucesso ao nível hospitalar têm inerente uma forte componente de planeamento e estratégia da implementação e desenvolvimento do SGQ. Este passa pelo reconhecimento do impacto e do desenvolvimento de importantes esforços na vertente da cultura organizacional (Ruiz 2004, Huq 2005), assim como das inter-relações entre as diferentes actividades do SGQ, a exigência de uma forte componente de liderança a todos os níveis de gestão/chefia, a definição de processos de controlo envolvendo todas as funções hospitalares operacionais e de suporte e, aspecto fundamental, a implementação de um sistema interdisciplinar, consistente e inter-relacionado de identificação, desenvolvimento e avaliação dos processos de tratamento do paciente.

Por último, é especialmente importante considerar que os serviços de saúde, em particular a área hospitalar, têm uma natureza fortemente contextual (Mannion et al. 2008) o que, associado à concepção de semelhante dependência do contexto das práticas de gestão da qualidade (Sousa e Voss 2002), reforça o valor da investigação encetada.

Referindo o caso português e os desenvolvimentos mais relevantes, o final do séc. XX viu surgir entidades como o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade na Saúde, e, pela primeira vez, a definição de uma Política da Qualidade e do Sistema da Qualidade na Saúde (Biscaia 2007). Também são relevantes diversos projectos, programas de melhoria da qualidade e metodologias, como o projecto de monitorização da qualidade organizacional (MoniQuOr), o modelo de avaliação da qualidade na gestão (Qualigest), normas de orientação clínica (NOC), indicadores de desempenho (com base no QIP - quality indicator project) ou o desenvolvimento de metodologias de acreditação em saúde (Biscaia 2007 in Revez e Silva 2010; Almeida et al. 2010).

A acreditação dos SGQ na área hospitalar é principalmente assegurada por duas entidades, uma Norte-Americana, The Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JCAHO) e outra sediada no Reino Unido, a CHKS (ex. HQS/King's Fund), com maior destaque para esta última. A JCAHO foi criada em 1951 sendo uma entidade sem fins lucrativos, cuja missão se centra na acreditação e certificação de organizações da área da saúde. A sua actividade ao nível europeu, especialmente no que se refere à acreditação de hospitais portugueses, é assegurada pela *Joint Commission International* (JCI) que tem trabalhado com instituições de

saúde, ministérios da saúde e organizações globais em mais de 80 países desde 1994. A JCI obteve uma acreditação da *International Society for Quality in HealthCare* (ISQua) em Setembro de 2007, o que assegura que os padrões, formação e processos utilizados pela JCI para avaliar o desempenho de instituições de saúde reflectem os mais altos critérios internacionais para entidades de acreditação (fonte: *Joint Commission International*). Esta organização disponibiliza diferentes programas de acreditação e certificação na área da saúde: cuidados ambulatoriais, cuidados clínicos, laboratório clínico, transporte médico, cuidados primários e hospital. O programa de acreditação para hospitais foi criado em 1999 e aplica-se a organizações públicas ou privadas. Em Portugal, em finais de 2009, encontravam-se acreditados por este programa o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa e o Centro Hospitalar do Alto Ave - Unidade de Guimarães, ambos desde 2008.

A CHKS é uma empresa sediada no Reino Unido especializada na gestão do conhecimento no sector da saúde que, à data desta investigação, actua através da sua unidade *The Health Quality Service* (HQS) na acreditação e certificação de hospitais e outras instituições da área da saúde (a HQS iniciou sua actividade em 1989, como o projecto *King's Fund Organisational Audit*). Tal como a JCI, também a CHKS detém uma acreditação da *International Society for Quality in HealthCare* (ISQua), detendo como missão a melhoria dos serviços de saúde aos pacientes, trabalhando com as organizações de saúde no desenvolvimento das suas capacidades de melhoria contínua da qualidade (fonte: CHKS). Esta organização disponibiliza sete diferentes programas de acreditação e certificação na área da saúde no Reino Unido e desenvolve um programa internacional de acreditação de hospitais, actualmente em Portugal, Dinamarca, Itália e Turquia. Em Portugal, em finais de 2009, encontram-se acreditados por este programa e/ou pelo standard ISO9000: Centro Hospitalar do Alto Minho (Viana do Castelo), Hospital D. Estefânia (Lisboa), Hospital Divino Espírito Santo (Açores), Hospital Geral de Santo António (Porto), Hospital Magalhães de Lemos (Porto), Hospital Ortopédico de Santiago/Outão (Setúbal), Hospital Prelada (Porto), Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Amadora-Sintra), Hospital Santa Marta (Lisboa), Hospital São Marcos (Braga), Instituto Português de Oncologia / Centro de Oncologia (Porto) e Instituto Português de Oncologia (Coimbra).

2.2.6 - Análise aos modelos existentes e à gestão da qualidade

Como referido previamente, os próprios “gurus” da qualidade, que trabalharam principalmente na indústria e no governo, tinham pouca ligação às escolas de gestão, o que não colocou as universidades na vanguarda dos estudos da qualidade e terá contribuído, pelo menos ao longo da década de 80 e parte da década de 90 do século XX, para uma visão prescritiva da qualidade, com dificuldade em evidenciar um corpo teórico sólido e, por consequência, pouco substancial numa perspectiva académica (Grant et al 1994).

Adicionalmente, se associarmos a esta perspectiva, uma visão universal da gestão da qualidade, de acordo com um modelo único, adaptável com sucesso a todas as áreas, organizações e respectivos contextos, em que as dificuldades de implementação e desenvolvimento são (apenas) consequências inerentes a “criação da qualidade” na organização (Hackman e Wageman 1995), ficam criadas as condições para defender uma “cultura da qualidade” aplicável a todas as organizações o que, como já referido, é o oposto à posição por nós defendida nesta investigação, suportada por investigação prévia (Reed et al 1996, Dow et al 1999, Sousa e Voss 2001).

Complementarmente, outro aspecto crítico consiste na existência de modelos que posicionam o SGQ numa perspectiva unidimensional, de alinhamento de todos os elementos da organização. Esta abordagem, por inerência, advoga uma cultura organizacional única a todos os elementos da organização e, como já referenciado oportunamente, colidirá directamente com uma realidade universal das organizações - a existência, manutenção e convivência de várias sub-culturas, cuja caracterização, impacto e dimensão sofre de variabilidade ao longo do tempo.

Ao analisarmos a literatura, verifica-se também um conjunto de referências de que um número substancial de gestores não reconhece que os esforços da gestão da qualidade tenham maximizado a capacidade das suas organizações competirem (Beer 2003), e que estes esforços também não resultaram na implementação de um número significativo de práticas de gestão da qualidade.

Muitos proponentes da gestão da qualidade têm questionado e, consequentemente, ignorado, sistemas de incentivos individuais sobre o desempenho, considerando que os colaboradores

poderão sentir-se tentados a negociar objectivos menos ambiciosos para assim atingirem melhores recompensas e porque consideram que a maioria dessa tipologia de benefícios se focaliza apenas no curto prazo, prejudicando a perspectiva de desenvolvimento contínuo do SGQ (Waldman 1994).

Thompson (1998) refere uma potencial contradição de princípios da gestão da qualidade, patentes nos SGQ e os paradoxos associados a eixos específicos da gestão da qualidade:

- Criação de uma cultura de ambiente de trabalho: procurar a diversidade de opiniões e perspectivas, assente na multidisciplinaridade, construindo uma cultura comum de “valores da qualidade”; potenciar a criatividade e, simultaneamente, promover o controlo e a diminuição da variabilidade; apostar na melhoria contínua dos processos, mas mantendo a possibilidade de lançar mudanças radicais.
- Criação de ambiente de forte eficácia da equipa: potenciar a autonomia dos grupos de trabalho, mantendo uniformidade e controlo; potenciar a coesão, mas acolher o conflito construtivo gerador de novas ideias; definir objectivos ambiciosos e realistas mas em constante incremento para potenciar o desempenho.
- Reforçar o ambiente centrado no desempenho: recompensar o esforço colectivo, mas criar um clima de maximização do desempenho individual.

Reconhecer e resolver os paradoxos permitirá à gestão ganhar uma maior focalização nas dinâmicas do ambiente de gestão da qualidade e o desenvolvimento de uma cultura organizacional essencial para que o SGQ seja um sucesso, existindo a possibilidade que algumas destas falhas e constrangimentos se devam ao um inadequado alinhamento entre a cultura organizacional e as práticas da qualidade (Thompson 1998:72).

É nosso objectivo que as conclusões deste estudo contribuam para a complementaridade dos modelos existentes, ao explorar diferentes contextos culturais, a intensidade das variáveis de cultura e a sua potencial interacção com as práticas da qualidade, reforçando a teoria que posiciona a gestão da qualidade como um conjunto de práticas organizacionais, na dependência do contexto e não uma “cultura específica”, realçando o papel da componente humana enquanto factor diferenciador do sistema de gestão da qualidade.

2.3 - A relação entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade

2.3.1 - Introdução

A importância da cultura organizacional na gestão da qualidade é extensamente suportada pela literatura (Klein et al 1995; Chang e Wiebe 1996; Mallack et al 1997; Zeitz et al 1997; Tata e Prasad 1998; Davies et al 2000; Detert et al 2000 e 2003; Huq e Martin 2000; Pool 2000; Sousa-Poza et al 2001; Maull et al 2001; Sureshchandar et al 2001; Prasad e Tata 2003; Ambroz 2004; Prajogo e McDermott 2005; Jung et al 2008).

De facto, mesmo no início dos movimentos contemporâneos da gestão da qualidade, se advogava a importância de uma cultura organizacional alinhada com os objectivos, como factor facilitador de uma maior mobilização dos colaboradores para a qualidade (Crosby 1979).

A cultura reforça o compromisso organizacional e aumenta a consistência do comportamento dos colaboradores, pelo que é plausível que se assuma como uma variável de sucesso na óptica do desempenho expectável dos sistemas de gestão da qualidade.

Todas as organizações têm clientes, internos e externos. De facto, na perspectiva dos clientes, a qualidade do serviço pode ser percebida como uma medida da eficácia organizacional, num ciclo de satisfação do cliente, eficácia e cultura organizacional, com consequências positivas ou negativas. A cultura organizacional (em especial as suas dimensões relacionadas com a liderança, o envolvimento ou o desenvolvimento individual, entre outras), é também considerada por alguns investigadores como um pré-requisito para a implementação com sucesso de iniciativas da qualidade nos serviços, em particular na área hospitalar (Huq e Martin 2000).

Muitos projectos de implementação de SGQ têm falhado, especialmente na Europa Ocidental e E.U.A. devido a factores de natureza cultural (Mak 1999, Huq 2005), pela própria dificuldade da gestão de topo em perspectivá-los como processo cultural e não técnico, ou seja, muito pela incapacidade de identificar ou remover normas comportamentais inconsistentes com as mudanças planeadas e demasiada generalização dos programas, sem as necessárias preocupações com o contexto específico da organização. Esta última situação tem-se revelado crítica, originando problemas significativos relacionados com o processo de mudança e com a

(in)capacidade de alinhamento de valores e comportamentos, o que maximizará a probabilidade de fracasso do SGQ (Huq 2005).

Shortell et al. (1996) avaliaram o impacto da cultura organizacional na implementação da qualidade em 61 hospitais dos E.U.A., com base nos critérios Baldrige, tendo concluído que uma cultura que promova o envolvimento dos colaboradores, a maior motivação destes para correrem riscos e a elevada flexibilidade de forma a suprir as necessidades dos clientes é facilitadora de um maior sucesso de implementação.

Outro factor chave para o sucesso são as características da estrutura formal da organização, na medida em que factores como uma maior flexibilidade ou um desenho matricial, serão facilitadores da melhoria contínua dos processos da empresa. A integração de processos assegurada pelo SGQ é fundamental, pois a eficácia global do sistema é o resultado do efeito sinérgico dos vários resultados individualizados (Pool 2000).

A cultura organizacional assume o papel de base do sistema de gestão da organização, reforçando um conjunto de práticas de gestão e comportamentos ligados aos princípios de gestão da qualidade. Assim, a implementação do SGQ como filosofia e não só como um conjunto de técnicas, poderá ser um veículo de aprendizagem organizacional e um factor de geração de conhecimento, de clientes, fornecedores, processos e colaboradores. Este conhecimento é partilhado através da organização e, por sua vez, como efeito de retorno, vai ele próprio reforçar comportamentos que integram a cultura organizacional.

Num estudo realizado em 1995, Klein et al evidenciaram que a qualidade de serviço percebida, assim como a forma como o controlo organizacional é aplicado, demonstram ter uma forte relação positiva com um estilo de cultura que denominam por “construtiva”. Nesta, os membros da organização são encorajados a interagir com outros e a abordar as tarefas de forma a atingirem elevados níveis de satisfação, definindo objectivos, tomando mais iniciativas e a trabalhar em equipa, como forma de atingirem os objectivos pessoais e organizacionais. Se a cultura afecta a excelência dos serviços, deverá então encontrar-se reflectida na partilha de uma visão, objectivos e processos, por todos os níveis da organização, numa perspectiva global (Sureshchandar et al 2001).

Prajogo e McDermott (2005) referenciam duas escolas de pensamento na relação entre a cultura organizacional e os SGQ.

Por um lado, uma abordagem unitarista, em que o SGQ é assumido enquanto conjunto de práticas transversais e universais às organizações, que unifica atitudes e percepções entre os membros da organização, o que deixa antever uma associação directa do SGQ a um modelo de cultura organizacional único, em especial focalizado na flexibilidade e orientação para as pessoas (Prasad e Tata 1998). No contexto de um SGQ são realizados esforços de mudança cultural, acreditando-se que a participação e envolvimento de todos os níveis hierárquicos resultará numa qualidade mais elevada do produto/serviço e, por consequência, numa melhor performance.

Numa segunda vertente, pluralista, o SGQ será desenvolvido sobre a ideia de uma heterogeneidade de dimensões culturais, uma multidimensionalidade que reflecte a associação entre diferentes características culturais e diferentes elementos do SGQ (Spencer 1994).

Embora vários autores considerem que é o próprio SGQ que traz a mudança cultural na organização, consideramos neste estudo que o SGQ não é uma cultura e que, muito provavelmente, também não existirá uma “Cultura SGQ” específica, mas sim uma abordagem pluralista, já referenciada, entre dimensões de cultura organizacional que, relacionadas com valores fundamentais do SGQ, determinam o sucesso desta, na linha de abordagem de estudos já desenvolvidos sobre esta relação causal (Prajogo e McDermott 2005; Maull et al 2001; Detert et al 2000; Dellana e Hauser 1999; Zeitz et al 1997; Chang e Wiebe 1996; Klein et al 1995).

2.3.2 - Dimensões de cultura organizacional e práticas de gestão da qualidade

Até meados da década de 90 do séc. XX, muitos trabalhos publicados sobre gestão da qualidade assumiram a forma de prescrições práticas de gestão ou análises subjectivas de casos, que em muitas situações serviram para identificar dinâmicas de processos e barreiras de implementação. A fronteira entre os modelos de qualidade como um sistema de gestão e como uma cultura organizacional não tem estado bem definida, havendo mesmo quem argumente que aquele é "apenas" um conjunto de ferramentas de transformação cultural.

No entanto, a revisão de literatura permitiu identificar alguns estudos de referência na procura das interações entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade, em particular na óptica da relação entre dimensões de cultura e práticas de qualidade. Destes estudos, destacamos aqueles que privilegiam uma abordagem interpretativista da cultura organizacional e uma abordagem pluralista e contextual das práticas de qualidade, pelo alinhamento conceptual entre estas e a presente investigação.

Zeitz et al (1997) realizaram um estudo com o objectivo de desenvolver e validar uma escala de mensuração, associada a um questionário especificamente concebido para analisar cultura organizacional e a implementação de práticas de gestão da qualidade. Um contributo interessante desta investigação é o assumir que qualidade e cultura são construtos diferentes, embora por vezes sobrepostos, porque as práticas de gestão da qualidade são formais, programáticas e comportamentais, enquanto a cultura refere-se a atitudes, crenças e acções situacionais (às vezes informais); adicionalmente, as próprias dimensões culturais são reconhecíveis na organização, mesmo sem estar presente um SGQ.

Baseados em estudos anteriores, os autores pretenderam identificar um conjunto de dimensões culturais que já tivessem sido consideradas relevantes na implementação de um SGQ, tendo então sistematizado 13 práticas de qualidade e 10 dimensões culturais, sendo estas últimas: confiança; comunicação; resolução de conflitos; responsabilização; inovação; desafio profissional; empenhamento; recompensas; clarificação de papéis; coesão social. Após a análise factorial, verificou-se a consistência interna e validade de construtos. Também se verificou que as práticas de gestão da qualidade estavam relacionadas com as dimensões de cultura organizacional. Através da análise factorial, foram consideradas válidas cinco dimensões culturais: comunicação, inovação, desafio profissional, coesão social e confiança.

As principais conclusões do estudo referem a sua aplicabilidade prática na avaliação da capacidade da cultura organizacional existente ser adequada para a implementação do SGQ, na criação de uma base de mensuração para identificar o nível de implementação do SGQ face às medidas de melhoria contínua e na mensuração de dimensões distintas para ambos os construtos, SGQ e cultura.

Mauil et al (2001) empreenderam um estudo e desenvolveram um modelo que permite uma análise da cultura organizacional, a realizar como condição prévia à implementação de um SGQ. Esta investigação parte do pressuposto de que a cultura é uma variável dependente face à organização, um fenómeno objectivo mas simultaneamente um sistema de valores único de cada organização. Posicionando-se deste modo numa perspectiva interpretativista da cultura organizacional, o modelo de Mauil tem por base o modelo de análise de cultura de Hofstede et al (1990), no que respeita aos seus elementos, tais como, valores, rituais, heróis, símbolos, etc., estruturando estes em torno de quatro elementos de variáveis culturais: pessoas, clientes, organização e cultura (nível individual do colaborador). Ao identificarem a existência de diferentes sub-culturas, em diferentes grupos na organização, contribuíram também para minimizar a ideia de uma cultura única, o que veio reforçar a perspectiva de dependência do contexto e da “inadequação dos programas que visam um modelo de gestão da qualidade *“one size fits all”*” (Mauil et al 2001:308).

Detert et al (2000) realizaram uma análise de conteúdo à literatura na área e consideraram como evidente que um relativamente pequeno número de dimensões reflecte a maioria dos conceitos de cultura organizacional. Numa segunda fase, foi analisada a literatura na área da gestão da qualidade para determinar que dimensões normativas foram utilizadas para definir a “cultura de qualidade” ideal numa organização. A abordagem seguida focou explicitamente a definição dos valores culturais subjacentes à gestão da qualidade e a sua ligação ao grupo de dimensões culturais generalistas previamente identificado, que sintetizamos na tabela 5:

Tabela 5 - Dimensões de cultura organizacional vs. valores da gestão da qualidade

Dimensões de Cultura Organizacional	Valores da Gestão da Qualidade
Base de racionalidade e verdade na organização Afecta o desenvolvimento de ideais mais normativos ou mais pragmáticos.	A tomada de decisão deve suportar-se em informações factuais e no método científico.
Natureza do horizonte temporal Aposta no planeamento e objectivos de longo prazo ou focalização no tempo imediato.	A melhoria exige uma orientação a longo prazo e uma abordagem estratégica da gestão.
Motivação Os colaboradores são motivados por forças exteriores ou interiores; reflexos nos resultados; tipologias recompensa.	Os problemas da qualidade são causados por sistemas fracos - todos os colaboradores estão intrinsecamente motivados para realizar trabalho de qualidade, se o sistema suportar os seus esforços.
Estabilidade vs. mudança/ inovação/ desenvolvimento pessoal Disponibilidade individual para a mudança e flexibilidade vs. "necessidade de segurança".	A melhoria da qualidade é contínua e interminável, sempre possível de atingir com os recursos existentes.
Orientação para o trabalho, tarefa e subordinados Centralidade do trabalho na vida e balanceamento do trabalho enquanto actividade produtiva e actividade pessoal.	O principal objectivo da organização é alcançar resultados que os "stakeholders" considerem importantes. Estes são atingidos através da melhoria de processos, prevenção de defeitos e focalização no cliente.
Isolamento vs. colaboração/cooperação Crenças sobre a natureza das relações humanas e como o trabalho é realizado de forma mais eficaz e eficiente.	Cooperação e colaboração (interna e externa) são necessárias para uma organização de sucesso.
Controlo, coordenação e responsabilidade Grau pelo qual o controlo é concentrado (definição de regras formais e procedimentos por alguns) ou partilhado (flexibilidade e autonomia).	Visão e objectivos partilhados são necessários para o sucesso. Todos os colaboradores devem ser envolvidos na tomada de decisão e no suporte da visão organizacional.
Orientação e focalização, interna ou externa Nível pelo qual a organização assume que controla ou é controlada pelo ambiente externo.	A organização deve ser focalizada no cliente, ao que se seguirão os resultados financeiros.

Fonte: adaptado de Detert et al. (2000)

Do estudo de Detert ressaltam, desde logo, alguns aspectos importantes para a presente investigação: primeiro, a possibilidade e vantagem em conseguir limitar a análise das variáveis

culturais a um número reduzido de dimensões (oito, como referência). Segundo, o risco que se incorre, na perspectiva dos autores, em utilizar instrumentos de inquérito baseados em modelos de tipologias de cultura predefinidas (por exemplo o CVF - *Competing Values Framework* ou o OCP - *Organizational Culture Profile*), que embora providenciem informações relevantes, se encontram cingidos pelos aspectos de cultura que focam.

Prajogo e McDermott (2005) investigaram a relação entre a gestão da qualidade e a cultura organizacional, com os objectivos de identificar culturas específicas que favorecessem a implementação das práticas da qualidade, testando a relevância das perspectivas unitarista e pluralista destas. Estes investigadores defenderam a não existência de uma “cultura de qualidade”, ao considerarem que a cultura organizacional e a gestão da qualidade são entidades distintas e, tal como Maull et al (2001), Dellana e Hauser (1999), Zeitz et al (1997) e Chang e Wiebe (1996), partiram da premissa (e obtiveram resultados que evidenciam) que “é a cultura que influência mais a implementação do SGQ, do que a implementação deste traz mudança cultural” (Prajogo e McDermott 2005:1106), embora sem eliminar a potencial relevância desse efeito reverso.

Do ponto de vista conceptual, basearam-se no modelo de Denison e Spreitzer (1991) que tipifica quatro quadrantes de cultura organizacional (ver página 28) e nos estudos de Chang e Wiebe (1996), Zeitz et al (1997) e de Dellana e Hauser (1999) e, através da investigação empírica operacionalizada com 194 organizações Australianas, comprovaram uma correlação significativa e razoavelmente similar entre as práticas de qualidade e a generalidade dos tipos de cultura organizacional e, deste modo, a necessidade de uma visão pluralista, em que diferentes e flexíveis (sub)conjuntos de práticas de qualidade serão exigíveis nas organizações, caracterizadas por distintas realidades culturais.

2.3.3 - Papel da aprendizagem organizacional na interacção cultura - qualidade

O conceito da aprendizagem organizacional remonta à década de 50 do século XX, à teoria dos sistemas e à dinâmica dos sistemas, assim como às teorias de aprendizagem oriundas da psicologia organizacional (Evans e Lindsay 2008). A sua perspectiva fundamental suporta-se na capacidade de criar, adquirir e transferir conhecimento, sendo esta impactante nas

competências e comportamentos dos colaboradores. A adaptabilidade da organização - a capacidade desta aprender e de se adaptar ao ambiente - assim como a sua capacidade de mudar e crescer, simultaneamente, dependem habitualmente das forças culturais que constroem (ou facilitam) a sua capacidade de aprendizagem (Murray e Chapman 2003).

Vários autores, citados por Moreno et al (2005) referem que a gestão da qualidade (podendo ser considerada uma prática de gestão), é também responsável por potenciar o desenvolvimento de outras práticas, entre as quais a aprendizagem organizacional. Simultaneamente, a aprendizagem é um requisito da eficácia e eficiência da gestão da qualidade. Ambas promovem o trabalho em equipa, uma abordagem sistemática aos problemas, uma maior adaptabilidade ao contexto, uma forma da própria organização se desenvolver e potenciar a transferência de conhecimento no seu interior, pelo que “a qualidade esta principalmente associada à aprendizagem” (Sohal e Morrison 1995:41).

Focalizando nas organizações de serviços, dada a tipologia de sujeitos seleccionados para a investigação empírica realizada, Moreno et al (2005) sugerem-nos que as práticas de gestão da qualidade podem-se relacionar de várias formas com a aprendizagem organizacional: em primeiro lugar, são consistentes com diferentes orientações de aprendizagem organizacional neste tipo de organizações; segundo, são geradoras de benefícios sinérgicos, pois contribuem para valências possíveis de transferir inter-unidades; por último, porque oferecem as organizações de serviços a oportunidade de aprenderem com os seus pontos fortes e fracos, o potencial de evolução na excelência e até algum benchmarking. Adicionalmente, a aposta da melhoria contínua e da procura de excelência, requer sustentabilidade de práticas e essa sustentabilidade requer aprendizagem contínua (Evans e Lindsay 2008). E assim, num contexto de aprendizagem organizacional, as organizações de serviços retiram especiais benefícios da forma como gerem, assimilam, geram e disseminam o conhecimento.

Complementarmente, alguns investigadores (Sohal e Morrison 1995, Terziovski et al 2000, Roche 2002) defendem uma influência mútua entre a gestão da qualidade e a aprendizagem organizacional, fundamentada no facto de que não só a melhoria contínua é geradora desta como suscita um interesse real pela experimentação, um dos seus mecanismos fundamentais. A cultura organizacional será, assim, uma causa e um efeito da aprendizagem organizacional.

Segundo Murray e Chapman (2003), outro aspecto em que se identifica a relevância da vertente cultural está no processo da aprendizagem ao nível do indivíduo. Assim, se os ciclos de aprendizagem desenvolvem rotinas comportamentais e valores partilhados, será necessário que o quadro mental individual seja claramente avançado e desafiado, existindo então uma maior capacidade de interpretar os estímulos ambientais. Os gestores irão escolher de entre um conjunto de vários comportamentos de aprendizagem, aqueles que melhor se adaptam ao ambiente ou aos requisitos de uma situação específica.

Também Schein (2004) refere que numa filosofia de aprendizagem existe um compromisso com a aprendizagem ao longo da vida e com os padrões de comportamento associados a esta, que devem ser apresentados aos novos colaboradores no seu processo de integração, como a forma adequada de agir na organização. Neste contexto, é potenciada uma cultura em que se encoraja, facilita e recompensa a aprendizagem, e os colaboradores desenvolvem-se a si próprios e à organização (Roche 2002).

Estes autores sugerem-nos também algumas práticas de aprendizagem para a eficácia e eficiência da gestão da qualidade: o conceito de trabalho em equipa, enquanto rotina comportamental; um esforço consciente para manter um elevado nível de participação; as estratégias das equipas, na forma como desafiam as estruturas formais/de trabalho. Por seu lado, Moreno et al (2005) indicam-nos também um conjunto de elementos referenciais para a implementação de um sistema de gestão da qualidade que conduza a uma verdadeira aprendizagem organizacional:

- a gestão deve estar consciente que o principal alicerce é o desempenho dos gestores enquanto líderes do processo de GQ;
- as práticas de GQ devem ser encorajadas na gestão de recursos humanos, o que ajudará a identificar, desenvolver e manter o bom nível de aprendizagem;
- suportar estratégia na GQ conduzirá à melhoria contínua, ao desenvolvimento dos processos e estas à aprendizagem contínua;
- as parcerias e os recursos auxiliam-nos a avaliar a eficácia da gestão da informação e da aprendizagem.

Assim, “se a aprendizagem é um resultado de um SGQ bem implementado, este só poderá atingir os seus propósitos se existir um ambiente de trabalho em que os colaboradores sejam capazes de aprender, partilhar conhecimento e realizarem contribuições” (Sohal e Morrison 1995:44).

Perspectivámos, deste modo, o efeito da aprendizagem organizacional enquanto canal para potenciar a influência da gestão da qualidade enquanto factor conducente à geração de valores, normas e padrões de comportamento e, a longo prazo, o efeito desta na alteração da própria cultura organizacional.

2.4 - Conclusões da revisão da literatura

Das várias conclusões deste estudo, realçamos o facto de que a implementação de um sistema de gestão da qualidade poder estar associada e ser potenciada por um conjunto de variáveis culturais, embora estas surjam como mais ou menos derivadas de dimensões culturais generalistas e numa abordagem que não garante a importância devida a dependência do contexto organizacional. Este é um facto presente na ligação entre vários estudos de cultura organizacional e de gestão da qualidade.

Revela-se igualmente importante investigar e minimizar as diferenças de cultura organizacional existentes entre os grupos da organização, pois quando estas são relevantes, o grau de uso das práticas de gestão da qualidade que possam consubstanciar um maior desenvolvimento do SGQ será por certo mais difícil de atingir.

É fundamental que as organizações conheçam e compreendam a sua cultura organizacional única e desenvolvam o seu SGQ adoptando aspectos e práticas essenciais deste que possam revelar-se mais adequados à sua cultura. Existem muitas variáveis contextuais que afectam o sucesso do SGQ e, garantidamente, os programas estandardizados “*one size fits all*” não serão aplicáveis a um número substancial de organizações (Mauull et al 2001; Huq 2005).

Igualmente relevante o facto de, em vários estudos de cultura organizacional (Zeitz et al 1997; Huq e Martin 2000; Detert et al 2000; Prajogo e McDermott 2005; Zu et al 2010), ser possível sistematizar um conjunto reduzido de dimensões que, com um esforço teórico relativamente pequeno, poderão ser alocáveis aos principais valores de um SGQ.

Existem valores, pressupostos e crenças partilhados por uma cultura dominante na organização, potencialmente facilitadoras do SGQ, mas não é possível menosprezar a tradução de práticas e valores das sub-culturas organizacionais.

Adicionalmente, a revisão da literatura também nos permitiu verificar que nos serviços de saúde, em particular na área hospitalar, existe uma natureza fortemente contextual (Mannion et al. 2008), com desafios específicos (Sousa 2010) sobre os quais se sustentará a implementação e desenvolvimento do SGQ. No panorama nacional, destacaram-se esforços relevantes na qualidade na saúde, entre o final do séc. XX e os primeiros anos do séc. XXI,

com o estabelecimento de entidades na área, projectos e programas de certificação e acreditação (Biscaia 2007; Almeida et al. 2010).

Esta perspectiva contextual, associada à concepção de semelhante dependência do contexto das práticas de gestão da qualidade (Sousa e Voss 2002) vem, como referido previamente, reforçar o valor da investigação encetada.

Considerando os diferentes níveis de análise no estudo da cultura organizacional e seus reflexos nas respectivas dimensões das práticas percebidas, assim como os efeitos contingenciais específicos a cada organização, poderá não ser possível – ou até desejável – encetar tentativas de generalização da relação entre cultura organizacional e o SGQ, o que necessitará de evidências empíricas mais detalhadas.

Os processos evolutivos da cultura organizacional e dos próprios SGQ têm um horizonte temporal bastante dilatado. Deste modo, uma análise profunda das suas implicações e impacto de potenciais mudanças poderá exigir uma perspectiva longitudinal, para compreender as fases de evolução do SGQ ao longo dos anos e as diversas dimensões culturais mais adequadas a cada uma destas, num dado momento. Adicionalmente, será importante compreender o efeito reverso destas influências e até que ponto a gestão da qualidade cria, numa linha temporal alargada, efeitos de mudança cultural em grupos e na organização.

A perspectiva pluralista da relação entre qualidade e cultura deixa antever que, não só não é exigível a mesma caracterização de cultura organizacional, como também um mesmo conjunto e grau de uso das práticas de gestão da qualidade.

Capítulo 3 - Metodologia da Investigação

Ao longo da revisão de literatura realizada, procurou-se apresentar uma análise teórica que permitisse realçar as questões fundamentais na ligação entre dimensões de cultura organizacional e as práticas de gestão da qualidade.

Nesta terceira parte do projecto, apresentaremos uma descrição da metodologia utilizada para a abordagem empírica ao problema.

3.1 - Metodologia

A abordagem desta investigação assume uma génese metodológica de estudo de caso, com técnicas de recolha de dados qualitativos e quantitativos, sendo que esta metodologia já foi testada com sucesso em estudos na área da saúde (Scott et al 2003). Yin (2003) define “estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos. O estudo de caso é uma metodologia de investigação particularmente apropriada para este projecto, uma vez que se procura compreender, explorar e descrever acontecimentos e contextos complexos, como é o caso das culturas organizacionais onde foram implementados os sistemas de gestão da qualidade.

Na presente investigação, é realizada uma abordagem de múltiplos estudos de caso - em função da natureza do problema de investigação - sendo que se trata do método mais adequado quando se presume que o efeito contextual é muito relevante para o fenómeno em estudo, quando se pretende utilizar múltiplas fontes de evidências e, simultaneamente, se seguirá uma abordagem exploratória na investigação (Yin 2003).

Outro motivo para a escolha desta linha de orientação para a investigação empírica, prende-se com o facto de estarmos a estudar um fenómeno no contexto real em que está a ocorrer, sendo que as fronteiras entre o fenómeno em estudo (implementação do sistema de gestão da qualidade) e o contexto em que ele ocorre (a cultura organizacional) não são claramente evidentes (Yin 2003). Por outro lado, pelo facto de se ter verificado difícil isolar o fenómeno em

estudo do contexto em que este ocorria, verificou-se ser necessário usar múltiplas fontes de evidência (dados) e relacionar os diferentes dados recolhidos. Adicionalmente, a opção por duas organizações reflecte o compromisso entre poder realizar casos profundos e o evitar dos problemas inerentes a uma investigação com um só caso.

De acordo com Yin (2003) um estudo de caso não implica nenhuma forma particular de recolha de dados, os quais podem ser quantitativos e qualitativos, mas sim o uso de múltiplas fontes de evidência, permitindo recolher informação sobre factos, fenómenos, acontecimentos, ou pelo contrário, procurar obter informação com diferente proveniência sobre o mesmo facto, fenómeno, acontecimento ou sujeito.

No caso específico desta investigação, utilizaram-se ambas as possibilidades recorrendo a diferentes fontes de recolha de dados no que respeita ao estudo do contexto e do fenómeno em causa, como a análise documental, as entrevistas semi-estruturadas e a realização de um inquérito por questionário.

Esta abordagem permitiu, por um lado, assegurar as diferentes perspectivas de participantes no estudo, em funções de relevo na organização e, por outro, obter várias análises do mesmo fenómeno, criando condições para uma maior sustentabilidade dos dados durante a fase de análise dos mesmos.

Permitiu ainda considerar um conjunto mais diversificado de tópicos de análise e corroborar o mesmo fenómeno (Yin, 2003).

Ainda segundo Yin, o estudo de caso é uma abordagem adequada à investigação em contextos organizacionais e sociais sempre que o investigador se depara com situações em que:

- se pergunta o “como?” e o “porquê?”;
- a situação é tão complexa que não permite a identificação das variáveis relevantes;
- se pretende descobrir interacções entre factores significativos dessa entidade;
- se pretende uma descrição ou análise profunda do fenómeno;
- se pretende compreender a dinâmica do fenómeno,

como era o caso deste processo de investigação que pretendia estudar a relação entre a cultura organizacional e as práticas de gestão da qualidade.

Como referido, uma das motivações desta investigação foi o escasso número de trabalhos anteriores sobre a cultura organizacional e a gestão da qualidade na área da saúde, em especial no sector hospitalar, o que faz com que uma abordagem exploratória seja considerada como a mais adequada (Eisenhardt 1989). Assim, perante uma amostra de organizações, privilegia-se o estudo individual destas, para compreensão profunda e tentativa de generalização apenas no que respeita às semelhanças e diferenças entre elas (Denison 1996). Adicionalmente, em contextos de maior complexidade de interações e de níveis funcionais coesos, como é o caso da área da saúde, a abordagem quantitativa poderá ser aplicada com sucesso, mesmo para analisar os níveis mais profundos da cultura organizacional, tendo já sido utilizada em investigações de âmbito alargado nessa área (Shortell et al. 1996).

Como previamente referido, foi desenvolvida uma recolha de dados nas vertentes qualitativa e quantitativa, que será apresentada com maior detalhe na secção “operacionalização da investigação”.

3.2 - Selecção dos Casos

Na segunda metade do século XX, assistiram-se a profundas mudanças no sector da saúde em Portugal que, segundo Graça (2000) resultaram numa evolução do modelo do “hospital assistencial” para o conceito do “hospital empresarial”.

O hospital é um elemento integrado no sistema de saúde, com os restantes níveis de cuidados. Existe para prover as necessidades de saúde das populações, que exigem e merecem uma prática humanizada e com garantia de qualidade (Escoval e Cadoso 2000).

Segundo Graça (2000), foi no pós II Guerra Mundial que o hospital iniciou a sua tendência para uma organização empresarial, com um crescente peso da sua componente tecnológica nos mais variados domínios (electrónica, imagiologia, bioquímica, farmacologia, ...), embora longe de uma ruptura com o seu passado institucional e organizativo, isto é, as alterações no sistema técnico não terão sido acompanhadas de mudanças organizacionais, especialmente nos subsistemas cultural e psicossocial. O caminho para o Estado-Providência e para o direito à saúde, com a consequente extensão da protecção social a toda a população, traduziu-se não só num aumento exponencial dos efectivos de pessoal como da reformulação das funções do

hospital, que passam a incluir a prevenção da doença, a promoção da saúde, o ensino, a investigação e a formação (Graça 2000).

O desenvolvimento técnico-científico foi acompanhado pelo desenvolvimento da especialização médica e, especialmente no decorrer da década de 80 do século XX, por novas especialidades hospitalares e paramédicas, o que veio influenciar a estrutura de funções no hospital, o “equilíbrio de forças” entre grupos profissionais e, em última instância, a relação com o doente, patente por exemplo num substancial incremento do número de interações a que um paciente está sujeito em determinados processos clínicos, quer numa perspectiva técnica quer no número de colaboradores que com ele interagem.

Algumas das alterações mais relevantes, embora por certo com níveis de aplicabilidade e âmbito distinto em diferentes hospitais, trouxeram importantes mudanças organizativas: a separação de funções de suporte (hotelaria, transporte, limpeza); a crescente informatização dos processos administrativos, de tratamento e de diagnóstico, entre outros; uma maior estruturação de carreiras profissionais e da integração de conceitos de avaliação de desempenho; a necessidade de uma convivência eficaz e eficiente entre gestores hospitalares profissionais e direcções clínicas; uma exigência de incremento da participação e consulta entre os diferentes grupos profissionais e, muito relevante, o desenvolvimento da importância da opinião do utente e, em alguns casos, da sua participação activa no processo.

Para concluir esta caracterização sumária da área hospitalar é também importante referir que, a coordenação e suporte dos projectos de Certificação/Acreditação de sistemas de gestão da qualidade é da responsabilidade do Dep. da Qualidade na Saúde, Direcção-Geral da Saúde (anteriormente, Instituto da Qualidade na Saúde).

A selecção dos hospitais alvo de estudo de caso (designados como Hospital A e Hospital B) foi realizada com o intuito de compreender o contexto da cultura organizacional e os processos de implementação e desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade de cada um dos casos, especificamente. Tal como refere Stake (1995), o estudo de caso não é uma investigação baseada na amostragem. Não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o caso.

Neste contexto, se, por um lado, a análise uni-sectorial - saúde, hospitais públicos - auxilia a restrição da abordagem, existem preocupações de que a inexistência de técnicas de amostragem aleatória não permita generalizar as conclusões a todos os hospitais onde foi (ou pretende ser) implementado um SGQ. Não é esse, no entanto, o intuito desta investigação. O que se pretende não é a generalização estatística mas sim a generalização analítica, que permita a melhor compreensão das teorias (Yin 2003), ou seja, compreender a relação da cultura organizacional com a implementação e desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade.

Adicionalmente, a adopção de uma abordagem de gestão da qualidade é um processo que decorre a longo prazo, já que o empenhamento exigível para a necessária mudança organizacional, assim como o próprio processo de aprendizagem inerente, não ocorre rapidamente (Cole 1999). Posicionar a gestão da qualidade como um sistema de gestão, conduz-nos à necessidade de considerar que poderão existir diferentes estádios de desenvolvimento (nível de maturidade, adopção, grau de uso) de tal sistema. Lascelles e Dale (1991) identificam seis níveis de maturidade para o SGQ, qualificadores das organizações (designações adaptadas): 1- Não comprometidas, 2- Viajantes; 3- Técnico-deterministas, 4- Dinâmica de melhoria, 5- Vencedores de prémios, 6- Classe mundial.

Estes níveis não representam um ciclo evolutivo, com etapas que as organizações percorrem em contínuo desde a implementação do SGQ, mas sim reflectem os comportamentos e atitudes dos colaboradores perante o SGQ num dado momento temporal (Dale 1990).

No estudo empírico realizado, foram consideradas elegíveis organizações posicionadas num contexto de, pelo menos, “dinâmica de melhoria”, segundo o qual o desenvolvimento do SGQ segue já um caminho estabilizado, com vários anos de implementação.

Os critérios específicos adoptados para a selecção dos casos foram:

- ✓ área: saúde, hospitais públicos de grande dimensão (centrais);
- ✓ número de organizações: 2;
- ✓ reconhecimento das práticas de gestão da qualidade: certificação *ISO 9000*, *King's Fund / HQS*, *JCIASH - Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* ou específica do sector de actividade;

- ✓ maturidade do SGQ: mínimo de 3 anos desde a sua implementação (Ahire 1996);
- ✓ possuírem um(a) departamento/serviço de recursos humanos, com procedimentos e técnicas de recursos humanos (formação, recrutamento, avaliação, ...);
- ✓ possuírem um quadro de pessoal equivalente ou superior a 200 colaboradores.

Os hospitais que foram objecto do estudo de caso são unidades da rede pública de cuidados de saúde. Ambos são Hospitais Centrais Especializados, em Lisboa e no Porto, que integram actualmente o modelo de gestão EPE - Entidades Públicas Empresariais.

A sua estrutura organizativa é caracterizada pelos seguintes grupos de unidades:

- departamentos/serviços clínicos das várias especialidades e unidades genéricas de medicina, cirurgia e ambulatório;
- unidades de suporte de gestão, da gestão da qualidade à logística, gestão de recursos humanos aos sistemas de informação, entre outras;
- unidades de suporte à prestação de cuidados (serviços sociais, farmácia, nutrição, gabinete de utente, ...);
- comissões técnicas;
- unidades de formação, de ensino e/ou de investigação.

Esta referência genérica à caracterização dos hospitais estudados é devida à necessidade, resultante do acordo com estas organizações, de garantir a confidencialidade e inerente não identificação destas no estudo.

Validação dos critérios de selecção

Os hospitais que foram objecto do estudo poderão ser considerados casos de sucesso no que respeita à implementação e ao desenvolvimento / grau de uso das práticas de gestão da qualidade, mas importa materializar este conceito. Sendo a gestão da qualidade um processo longitudinal, não será suficiente equiparar “sucesso” ao acto da certificação/acreditação do SGQ, mesmo pese o mérito e o esforço organizacional e individual na base do mesmo. Porém, esta não é a situação dos hospitais em estudo. Ambos iniciaram as actividades associadas à implementação do SGQ há mais de dez anos e obtiveram a sua acreditação total (título concedido pelo King's Fund / HQS perante o cumprimento integral dos requisitos) há pelo menos seis anos, tendo já transposto com êxito a etapa da re-acreditação. Outra “variável”

deste conceito de sucesso poderá ser a evolução dos referenciais. Os projectos de acreditação foram interiorizados como “guiões de mudança” e “laboratórios de gestão” e, complementarmente à acreditação King’s Fund / HQS existiram projectos de certificação ISO9000 em vários serviços operacionais especializados e unidades transversais do hospital, assim como um projecto de desenvolvimento da metodologia Kaizen (hospital B). Por último, também a concretização ao nível da monitorização dos resultados auxilia a definição do conceito de sucesso: ambos os hospitais são reconhecidos pela excelência nas suas áreas especializadas de prestação de cuidados de saúde, por pares e pacientes que, desde o primeiro momento, alocaram importantes recursos ao SGQ, quer ao nível de unidades organizacionais completas quer de “dinamizadores” e “auditores”. Tem existido um esforço contínuo de melhoria, com o desenvolvimento da *Clinical Governance* e de *Lean Management* (hospital B), com novos processos tais como a “monitorização da infecção do local cirúrgico”, a minimização do risco com o “processo integrado do doente”, mudanças de *layout*, criação de *pool’s* de recursos, serviços com “zero papel” e minimização de tempos de espera, entre outros. Há mais de dez anos que, em ambos os hospitais, é realizada uma evolução contínua da definição e gestão de indicadores, de onde se destacam o projecto IQIP (International Quality Indicator Project), o benchmarking nacional e internacional que, possuindo os hospitais reconhecimento de excelência de práticas, segue também o caminho inverso (isto é, o de exemplo seguido por outros), a monitorização dos pacientes por *follow-up* telefónico (clínico) e a redefinição de processos no âmbito do projecto Kaizen que, entre outros, permitiu um grau de análise causa-efeito muito satisfatório, que vai ao nível do “episódio do paciente X” e gerador de elevada colaboração entre os Directores de Serviço.

Cremos, deste modo, reunidas as condições que materializam o sucesso da implementação e desenvolvimento dos SGQ nos hospitais estudados.

3.3 - Operacionalização da Investigação

Na operacionalização da investigação, a vertente quantitativa traduziu-se na identificação das dimensões de cultura organizacional, pela concretização de um inquérito por questionário. Ashkanasy et al. (2000) advogam que o método do inquérito por questionário possui

características que o tornam especialmente útil na investigação da cultura organizacional, tais como permitirem aos sujeitos o registo das suas próprias percepções da realidade, proporcionarem um quadro de referência para a interpretação dos dados, garantirem uma perspectiva de maior credibilidade interna da investigação na organização, fiabilidade para medirem a cultura ao nível de agregação das unidades funcionais (Hofstede 1990, Rousseau 1990) e providenciarem dados que podem ser analisados através de técnicas estatísticas multivariadas.

Esta opção de análise da cultura organizacional com recurso a questionário tinha já sido utilizada pelo investigador, num estudo prévio realizado em 2005, que embora não possa ser considerado um pré-teste da corrente investigação, dado que o objecto e o seu âmbito são diferenciados, teve a vantagem de permitir caracterizar e gerar aprendizagem sobre a aplicação de um questionário de cultura organizacional e a agregação e tratamento dos seus dados.

Numa perspectiva metodológica o processo de recolha de dados qualitativos baseou-se na análise documental e em entrevistas semi-estruturadas. Esta opção prendeu-se com os objectivos da investigação, uma vez que existia um elevado interesse em compreender o processo de implementação e desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade, tendo em conta a realidade do contexto, ou seja, dos hospitais alvo de análise.

Procurou-se, assim, compreender a perspectiva dos entrevistados, sendo esta traduzida pela identificação das práticas adoptadas na organização face à implementação e desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade o que, tendo em conta os quadros de referência adoptados, que em muitos casos ajudam a perceber os significados que atribuem aos acontecimentos.

Ao nível da cultura, a utilização do questionário e da entrevista permitem também, no seu conjunto e embora esta última esteja focalizada na recolha de informação sobre as práticas de gestão da qualidade, recolher informação sobre os níveis mais subjectivos da cultura organizacional, tais como as normas de comportamento e os valores.

a) Inquérito por questionário:

A concepção de questionários de cultura organizacional segue habitualmente uma de duas tipologias específicas:

1. “*Typing Surveys*”

Classificam as organizações de acordo com uma taxonomia específica. Assumem a forma de inquéritos que utilizam instrumentos standards para traduzirem conjuntos discretos de “tipos” de cultura organizacional. Deste modo, a organização acabará por pertencer a uma tipologia específica, de um conjunto em que estas são mutuamente exclusivas.

No nosso entendimento, esta não seria uma opção técnica adequada, dada a sua limitada sustentabilidade teórica face à natureza única de cada organização.

2. “*Profile Surveys*”

Permitem a descrição de uma cultura organizacional pela avaliação das forças e fraquezas das crenças e valores dos seus membros. As organizações são categorizadas quanto a múltiplas categorias de normas, valores ou crenças que, não sendo mutuamente exclusivas, permite um “desenho cultural” muito favorável à natureza única da organização.

Existem três tipos de instrumentos:

- a) eficácia: identificação de valores potencial/ geradores de culturas associadas a organizações com níveis elevados de eficácia e desempenho;
- b) descritivos: identificação dos valores, sem o contexto anterior;
- c) alinhamento: analisam a congruência entre indivíduos e organização.

A nossa opção recaiu sobre a utilização de um questionário descritivo. Em detrimento da concepção de raiz, optou-se pela adaptação de uma ferramenta já existente, nomeadamente o questionário de cultura organizacional baseado na investigação de Maull et al. (2001), que parte da abordagem de cultura organizacional de Hofstede et al. (1990) e que segue o enquadramento conceptual de Hofstede e outros investigadores, que perspectivam as manifestações de cultura sob a forma de valores e práticas (agregando estas rituais, símbolos e heróis), na recolha de dados relativos às dimensões de cultura organizacional. O questionário foi objecto de vários tipos de adaptações, tais como a inserção e eliminação de questões face ao contexto da área da saúde e a reformulação de texto para adequação à terminologia e ao contexto do sector hospital.

Outros questionários de referência para este domínio de investigação foram preteridos, por exemplo o OCI - Organizational Culture Inventory (Cooke e Lafferty 1986) e o modelo original do OCP (O'Reilly et al. 1991), dada a sua abordagem de tipificação e de perfil de alinhamento, respectivamente.

b) Entrevistas semiestruturadas:

Como referido na metodologia, o objectivo primário das entrevistas consistiu na identificação das práticas de gestão da qualidade adoptadas pelos hospitais ao longo da implementação e durante o período de desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade, desde a concessão da acreditação.

Para assegurar a eficácia e eficiência na persecução desse objectivo, o guião da entrevista traduz vários conjuntos de questões, associadas a um grupo de práticas genéricas de gestão da qualidade. As práticas seleccionadas foram identificadas a partir dos estudos e documentos mais relevantes na gestão da qualidade e da gestão da qualidade na saúde (Hackman e Wageman 1995; Huq 1996; Zeitz et al. 1997; Sureshchandar 2001; Lakhal et al. 2006; Baldrige National Quality Program - Health Care Criteria for Performance Excellence 2007):

- Envolvimento e Suporte da Gestão de Topo
- Liderança
- Focalização no Cliente (Paciente)
- Satisfação do Cliente (Paciente)
- Informação e Análise
- Impacto dos RH
- Participação dos Colaboradores
- Gestão de Processos
- Resultados

Adicionalmente, uma secção introdutória permite a sistematização de informação relevante sobre o perfil organizacional e a gestão da qualidade na organização, o que irá contribuir para informação mais detalhada sobre o problema em investigação (Martin 2002).

3.3.1 - Protocolo do Estudo de Caso

O protocolo do estudo de caso descreve o processo da abordagem empírica seguido durante a operacionalização deste.

a) Preparação das Visitas

De acordo com os critérios da selecção da amostra, para cada um dos hospitais nesta identificados, foi realizado um telefonema de apresentação do projecto, como o objectivo de estabelecer um primeiro contacto. Este foi realizado com o Conselho de Administração / Conselho Directivo de cada Unidade de Saúde, na figura do seu Presidente ou de um outro membro da Administração, considerado como o elo de ligação e facilitação do projecto na Instituição.

Seguidamente, foi enviada uma carta com uma descrição geral do estudo e o tipo de operacionalização pretendida, solicitando a participação (ver anexo C). A confirmação desta é assegurada posteriormente, através de contacto telefónico e documentada formalmente por parte do Hospital.

Previamente à visita, foram consultadas fontes documentais que permitiram obter a informação genérica sobre o Hospital, a sua estrutura e caracterização da actividade. Estas fontes incluíram relatórios anuais publicados, brochuras informativas, jornais e o site internet do Hospital, entre outras.

b) Recolha de Informação no Local

No contacto inicial, e com o suporte da Administração, foram identificadas as pessoas que ocupam as funções que foram objecto da entrevista semi-estruturada, nomeadamente: Administração, Director de Recursos Humanos, Director da Qualidade e Directores de Serviços Clínicos (duas funções, de relevância nos processos de tratamento).

Nesta fase, é importante conhecer adequadamente as principais actividades e, de forma genérica os processos existentes, o que foi assegurado.

Do mesmo modo, em relação à fonte de informação questionário, foi identificado o processo de distribuição destes aos colaboradores do Hospital e a forma como se realizaria o seu retorno.

Antes da realização das entrevistas com as funções-chave previamente identificadas, foi realizado um tratamento primário dos “questionários de cultura organizacional”. Assegurou-se,

assim, a obtenção da informação necessária para uma melhor focalização das entrevistas, no que respeita ao seu objectivo de medição do grau de uso das práticas de gestão da qualidade na Organização, no contexto dos factores de cultura organizacional identificados.

Foram então assegurados os procedimentos necessários para a recolha de informação sobre duas áreas conceptuais:

- A) Práticas de gestão da qualidade na organização.
- B) Dimensões de cultura organizacional.

A especificação do processo de recolha de informação é a constante do anexo A.

3.3.2 - Recolha de dados

A identificação e utilização de adequados instrumentos de recolha de dados é crucial para a obtenção de um conjunto de dados de qualidade que permita, posteriormente, uma análise eficaz e eficiente, que se traduzirá na geração das conclusões.

Num múltiplo estudo de caso, especialmente perante a utilização de uma metodologia que considera a recolha de dados quantitativos e qualitativos, é considerado vantajosa a utilização de instrumentos já testados e validados em estudos anteriores. De facto, esta será “a única forma de criar uma ligação entre estudos, sem a qual os trabalhos desenvolvidos seriam incomparáveis, excepto de uma forma muito genérica” (Miles e Huberman, 1994, p.35).

Neste contexto, e como referido anteriormente, o questionário utilizado deriva de uma ferramenta já existente e aplicada previamente na investigação empírica da cultura organizacional, adaptada para aplicação no contexto hospitalar.

É de recordar que o questionário é dirigido a colaboradores em todas as funções, de todos os níveis funcionais, considerando que a informação sobre a cultura organizacional deve ser obtida através de uma amostra de todos os membros da organização (Hofstede 1998).

Na aplicação do questionário nos hospitais foram seguidas as linhas de orientação de Zeitz et al (1997) para estudos relacionais entre cultura organizacional e SGQ:

- não identificação de respondentes por nome, número ou função;
- compromisso de não associar o inquérito a quaisquer recompensas ou punições;

- a sua aplicação foi realizada por recursos humanos internos, para associar o projecto académico a um objectivo da empresa e criando condições de não constrangimento dos respondentes (por exemplo, resposta anónima em envelope fechado, para o departamento interno responsável pela recolha dos questionários). Outro objectivo da distribuição interna foi garantir que esta se realizava por uma população equilibrada de profissionais (face a representatividade de cada função) e que se obtinha um interessante nível de resposta, o que veio a suceder.

A recolha dos dados operacionalizada pelo inquérito por questionário (ver anexo E) teve a seguinte caracterização: em relação aos inquiridos, foram distribuídos 630 questionários, sendo 280 respeitantes ao Hospital A e 350 ao Hospital B. Destes, foram recepcionados 220 questionários, 106 do Hospital A e 114 do Hospital B, o que se traduziu numa taxa de resposta de 38% e 33%, respectivamente.

Em relação à caracterização do instrumento, este foi constituído por 105 questões, com a seguinte distribuição: 95 questões de cultura organizacional e 10 questões demográficas.

Foi utilizada uma escala “tipo Likert”, com cinco níveis de qualificação: “discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “não concordo nem discordo”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”. (nota: o número ímpar de níveis (5) é questionado por alguns autores como passível de permitir ao respondente “refugiar-se” na tendência central; porém, outros defendem que o ponto central da escala tem também a sua própria relevância estatística (a “resposta neutra”), não podendo como tal ser ignorado – foi esta última a razão da opção tomada).

As entrevistas foram dirigidas a funções-chave da Administração e Direcção (Dir. Recursos Humanos, Dir. Qualidade e Dir. Serviços Clínicos), garantindo pelo menos duas funções de relevância nos processos de tratamento. Abordaram-se assim funções transversais à organização (Administração, Recursos Humanos, Formação e Qualidade) que permitiram recolher informação representativa de todo o hospital (guião da entrevista, anexo D).

Complementarmente, nos Serviços Clínicos, foi realizado um esforço de direccionar o enquadramento das questões e subseqüentes respostas para a unidade “hospital” e não para o serviço específico, contribuindo também assim para uma maior abrangência dos dados obtidos.

As entrevistas foram presenciais, com a duração aproximada de 2 horas cada.

Para maximizar o sucesso das entrevistas, estas apenas foram concretizadas após a aplicação e tratamento preliminar dos questionários de cultura organizacional.

Entrevistas realizadas:

- Hospital A: 6
 - Director do Gabinete de Administração Clínica
 - Enf. Chefe do Gabinete de Administração Clínica
 - Director de Qualidade
 - Director de Formação
 - Enf. Chefe do Serviço de Cardiologia Cardiotorácica
 - Director do Serviço de Cirurgia Vascular
- Hospital B: 4
 - Director de Gestão da Qualidade, Risco, Higiene, Saúde e Segurança
 - Director do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo
 - Director do Serviço de Gastroenterologia
 - Director da Consulta Externa

Capítulo 4 - Análise e Resultados: a relação entre a cultura organizacional e o uso de práticas de gestão da qualidade

Após a recolha e organização dos diferentes tipos de dados, é-nos agora possível realizar a necessária análise e apresentação de resultados. Esta encontra-se organizada de acordo com os elementos constituintes da pergunta de investigação. Assim, em primeiro lugar, abordaremos a cultura organizacional e, no contexto desta, o que se refere à identificação das dimensões culturais presentes em cada hospital. Seguidamente, no mesmo domínio, analisaremos a intensidade das dimensões ao longo dos vários grupos funcionais de cada hospital, procurando identificar a existência de uma “cultura forte” em algum deles. Terminaremos a análise da cultura organizacional com a realização de uma comparação da sua dimensionalidade entre hospitais, por grupos funcionais, procurando semelhanças e diferenças entre os dois casos. A análise dos dados na óptica das práticas de gestão da qualidade sustentar-se-á na caracterização do seu grau de desenvolvimento por hospital e, consequentemente, com a apresentação dos resultados de diferenciação entre estes.

4.1 - Cultura Organizacional

Perante a amostra e com base na utilização dos questionários caracterizados anteriormente, foi recolhida informação na eixo da cultura organizacional, de acordo com as percepções dos respondentes.

Caracterização dos inquiridos

Nível funcional da amostra

Uma caracterização dos inquiridos pelo seu nível funcional, permite verificar que no total da amostra 11,8% têm funções de chefia (Administração, Direcção e Chefia Intermédia), 58,2% têm funções técnicas (Médico, Enfermeiro ou Técnico) e 25% têm funções de suporte (Administrativos e Auxiliares). Como pode ser verificado na Tabela 6, não existem grandes

diferenças entre os dois hospitais no que respeita à distribuição dos inquiridos por nível funcional. Importa ainda referir que 5% dos inquiridos não responderam a esta questão.

Tabela 6 - Distribuição por nível funcional

		Total		Hospital A		Hospital B	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Válidos	Administração	7	3,2	3	2,6	4	3,8
	Direcção	6	2,7	3	2,6	3	2,8
	Chefia Intermédia	13	5,9	5	4,4	8	7,5
	Médico	29	13,2	17	14,9	12	11,3
	Enfermeiro	64	29,1	30	26,3	34	32,1
	Técnico	35	15,9	20	17,5	15	14,2
	Administrativo	20	9,1	12	10,5	8	7,5
	Auxiliar	35	15,9	20	17,5	15	14,2
	Total	209	95,0	110	96,5	99	93,4
Não válidos	NS/NR	11	5,0	4	3,5	7	6,6
Total		220	100	114	100	106	100

Nível de habilitações

No que respeita ao nível de habilitações, verifica-se que a maioria dos inquiridos tem habilitações de nível superior, sendo que cerca de $\frac{3}{4}$ da amostra detêm no mínimo o nível de “Bacharelato”. Este elevado nível educacional verifica-se em ambos os hospitais (Tabela 7):

Tabela 7 - Distribuição por habilitações académicas

		Total		Hospital A		Hospital B	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Válidos	Básico	12	5,5	4	3,5	8	7,5
	Secundário	42	19,1	27	23,7	16	15,1
	Bacharelato	4	1,8	4	3,5	0	0
	Licenciatura	112	50,9	63	55,3	49	46,2
	Pós-Graduação	36	16,4	15	13,2	21	19,8
	Mestrado	9	4,1	1	0,9	8	7,5
	Doutoramento	2	,9	0	0	2	1,9
	Total	217	98,6	114	100	103	97,2
Não válidos	NS/NR	3	1,4	0	0	3	2,8
Total		220	100	114	100	106	100

O elevado nível educacional está particularmente associado às funções de chefia e técnicas. A percentagem de inquiridos com habilitação ao nível do Ensino Superior é de 92,3% nas funções de chefia e 98,4% nas funções técnicas, enquanto que nas funções de suporte é de apenas 18,5% (Tabela 8):

Tabela 8 - Habilitações académicas por nível funcional

		Nível Funcional								Total
		Adm	Dir	Chef	Méd	Enf	Téc	Adt	Aux	
Habilitações	Básico	0	0	1	0	0	1	0	9	11
	Secundário	0	0	1	0	0	1	10	25	37
	Bacharelato	0	0	0	0	2	2	0	0	4
	Licenciatura	1	4	5	17	49	24	10	0	110
	Pós-Graduação	5	0	5	8	12	5	0	0	35
	Mestrado	1	2	0	3	1	2	0	0	9
	Doutoramento	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Total		7	6	13	29	64	35	20	34	208

Experiência profissional

No que respeita à experiência profissional, observa-se que, para o total de inquiridos, a média e a moda são de 14,6 e 10 anos, respectivamente, posicionando-se os casos no intervalo entre o admitido no ano da investigação e 37 anos de experiência profissional (Tabela 9). Não existem diferenças a assinalar entre os dois hospitais, sendo a média do Hospital A (14,1 anos) um pouco menor do que a média do Hospital B (15,2 anos).

Tabela 9 - Experiência profissional (anos)

		Total	Hospital A	Hospital B
N	Válidos	204	109	95
	Não válidos	16	5	11
Média		14,59	14,10	15,16
Mediana		13,00	12	13
Moda		10	10	10
Mínimo		0	1	0
Máximo		37	37	37

Antiguidade no Hospital

Observa-se que a média e a moda de antiguidade são de 12,1 e 4 anos, respectivamente, posicionando-se os casos no intervalo entre o admitido no ano da investigação e os 37 anos de

antiguidade (Tabela 10). A média das antiguidades no Hospital B (13,5 anos) é cerca de três anos superior à média do Hospital A (10,8 anos).

Tabela 10 - Antiguidade no Hospital (anos)

		Total	Hospital A	Hospital B
N	Válidos	205	108	97
	Não válidos	15	6	9
Média		12,10	10,81	13,54
Mediana		9,00	9	11
Moda		4	3	4
Mínimo		0	1	0
Máximo		37	34	37

Estrutura etária

Numa análise à estrutura etária dos inquiridos, verifica-se que a média etária é de 38 anos o que, dada a antiguidade previamente referida, deixa antever que um número substancial de colaboradores passou um período relevante do seu percurso profissional até à data na organização. No que se refere à moda, ou seja, à idade dos inquiridos que mais se repete, esta é de 32 anos (Tabela 11). A estrutura etária é bastante semelhante nos dois hospitais.

Tabela 11 - Estrutura etária (em anos)

		Total	Hospital A	Hospital B
N	Válidos	204	107	97
	Não válidos	16	7	9
Média		38,09	37,84	38,36
Mediana		36,00	36	37
Moda		32	34	32
Mínimo		21	22	21
Máximo		61	59	61

Estrutura etária por nível funcional

Embora a média etária em termos gerais seja bastante semelhante nos dois hospitais, quando analisadas as médias dos diferentes grupos funcionais verificam-se notórias diferenças (Tabela 12). Enquanto para a maioria dos níveis a diferença na média entre hospitais é de cerca de 1 ano, para a Direcção a diferença é cerca de 10 anos e para os Enfermeiros a diferença é de cerca de 6 anos.

Tabela 12 - Estrutura etária por nível funcional

	Total		Hospital A		Hospital B	
	Média	DvP	Média	DvP	Média	DvP
Administração	45,71	10,29	45,67	12,50	45,75	10,37
Direcção	50,60	6,11	54,67	3,22	44,50	2,21
Chefia Interm.	50,50	7,81	50,60	6,43	50,43	9,18
Médico	41,14	9,98	41,12	11,81	41,17	7,13
Enfermeiro	34,59	8,90	31,70	8,51	37,10	8,60
Técnico	35,45	7,14	35,89	7,09	34,93	7,40
Administrativo	32,50	5,10	32,91	4,28	31,86	6,52
Auxiliar	37,80	9,94	38,20	9,68	37,27	10,59

Género

Quanto à distribuição por género, 36% dos inquiridos são do sexo masculino, enquanto 64% pertencem ao sexo feminino (Tabela 13). No Hospital B a distribuição por género é mais equitativa (45,1% homens e 54,9% mulheres) do que no Hospital A (28,1% homens e 71,9% mulheres).

Tabela 13 - Distribuição por género

		Total		Hospital A		Hospital B	
		Freq	%	Freq	%	Freq	%
Válidos	Homens	78	35,5	32	28,1	46	45,1
	Mulheres	138	62,7	82	71,9	56	54,9
	Total	216		114		102	
Não válidos	NS/NR	4		0		4	
Total		220	100	114	100	106	100

Os diferentes dados de caracterização indicam a existência de equivalência nas amostras relativas aos dois hospitais, exceptuando a distribuição por “Género”, em que há uma diferença evidente. O maior número de sujeitos do sexo masculino no Hospital B está associado a um número mais elevado de participantes da área de “manutenção e logística”.

4.1.1. Dimensões de cultura organizacional

A avaliação das dimensões de cultura organizacional foi realizada através de análise multivariada, com o objectivo de reduzir os dados obtidos através dos 220 questionários aplicados. Pretende-se deste modo identificar os factores subjacentes aos dados que expliquem a sua estrutura de correlações.

A técnica de análise multivariada realizada foi a análise factorial exploratória. Detert et al. (2003), na sua investigação de cultura organizacional e sistemas de gestão da qualidade, defendem a utilização da análise factorial exploratória como a mais apropriada, dada a complexidade e a fase inicial em que se encontram as abordagens integradoras a estas duas áreas. Esta opção metodológica é assumida como extremamente relevante, dado que é uma opção realizada mesmo perante a existência de um modelo conceptual prévio (como constante em Detert 2000).

No caso da nossa investigação, considera-se a multidisciplinariedade e a visão pluralista da relação entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade, em alinhamento com a posição conceptual de Prajogo e McDermott (2005), Maull et al (2001) e Zeitz et al (1997). Esta posição resulta favoravelmente com a investigação de Detert et al (2000) que, tendo por base a revisão e o inerente cruzamento de 25 modelos, permitiu a conclusão de que um número reduzido de dimensões pode representar a maioria dos conceitos de cultura organizacional (no caso oito dimensões de cultura). Pelo apresentado, realizámos a tentativa de agregação das variáveis de cultura organizacional em oito factores, seguindo a posição tomada por Detert et al (2000), como referido anteriormente.

O método de extracção utilizado foi o método dos factores principais. Tabachnick e Fidell (2001) defendem que esta deve ser a opção tomada, em detrimento da extracção de componentes principais, quando o investigador pretende mais do que um sumário empírico dos dados recolhidos, o estudo é concebido com base num conjunto de construtos que deverão produzir resultados sobre as variáveis observadas e o investigador está interessado numa solução teórica não contaminada pelo erro da variância. Optou-se pela rotação oblíqua, a qual permite maximizar a variância obtida pelos factores, de forma a eliminar o erro da variância destes. Esta rotação foi escolhida pela convicção que os factores não serão independentes e,

desse modo, a rotação oblíqua, onde os factores possam surgir correlacionados, fará mais sentido do que uma rotação ortogonal (Tabachnick e Fidell 2001). Esta opção foi também seguida em estudos de referência na ligação entre qualidade e cultura organizacional (Zeitz et al, 1997), pelo idêntico pressuposto de ligação entre as dimensões.

De forma a assegurar uma plataforma de ligação ao modelo conceptual, gerador de oito dimensões de cultura organizacional, foi realizada uma imposição de extracção de oito factores.

Num primeiro momento, é fundamental assegurar que os dados são apropriados para análise factorial, o que pode ser conseguido através de três medidas (Sharma, 1996):

Matriz de correlações: pela sua observação, verificou-se a existência de correlações elevadas entre determinados conjuntos de variáveis, o que é indiciador destas pertencerem a uma mesma dimensão ou construto.

Matriz de correlações parciais: a presença de valores muito reduzidos (próximos de 0) para a generalidade das variáveis confirma a possibilidade de utilização da matriz de correlações para análise factorial.

KMO: o índice Kaiser-Meyer-Olkin indica se a análise factorial é adequada e se estão assegurados os pressupostos da mesma. Os resultados revelam um valor de 0,847, o que pode ser considerado meritório (Pestana e Gageiro 2003, p.512).

De forma a obter uma garantia adicional de que o comportamento das variáveis é idêntico, independentemente da organização em causa, foi realizado um teste multifactorial univariado (ANOVA), sobre a globalidade dos dados e face às variáveis identificadas, por forma a verificar se a variável “organização” exerce um efeito significativo nas dimensões de cultura organizacional.

Neste contexto, observemos então:

a) o output produzido no teste ANOVA (tabela 14):

Tabela 14 – ANOVA

Regressão		Soma dos Quadrados	df	Média Quadrada	F	Sig.
Factor 1	Entre grupos	1,564	1	1,564	1,719	,192
	Dentro grupos	148,308	163	,910		
	Total	149,872	164			
Factor 2	Entre grupos	,219	1	,219	,249	,619
	Dentro grupos	143,663	163	,881		
	Total	143,883	164			
Factor 3	Entre grupos	4,848	1	4,848	5,744	,018
	Dentro grupos	137,581	163	,844		
	Total	142,429	164			
Factor 4	Entre grupos	3,861	1	3,861	4,812	,030
	Dentro grupos	130,785	163	,802		
	Total	134,646	164			
Factor 5	Entre grupos	1,536	1	1,536	1,707	,193
	Dentro grupos	146,712	163	,900		
	Total	148,248	164			
Factor 6	Entre grupos	1,073	1	1,073	1,343	,248
	Dentro grupos	130,178	163	,799		
	Total	131,250	164			
Factor 7	Entre grupos	1,998	1	1,998	2,220	,138
	Dentro grupos	146,719	163	,900		
	Total	148,717	164			
Factor 8	Entre grupos	1,703	1	1,703	2,075	,152
	Dentro grupos	133,742	163	,821		
	Total	135,445	164			

Poderemos afirmar que, para a maioria dos factores de cultura organizacional, a “organização” não parece exercer um efeito de condicionamento nas dimensões percepcionadas. No entanto, no caso dos factores 3 e 4, cujos valores de significância obtidos foram inferiores ao de referência (0,05), poderá levar-nos a considerar a possibilidade de existir alguma dependência da variável “organização”.

b) o resultado do indicador Eta Parcial ao Quadrado:

O eta parcial ao quadrado (*PES - Partial Eta Square*) permite-nos verificar a proporção da variância total inerente às diferenças entre os dois grupos (Sharma 1996). O resultado de $PES = 0,01$ sugere-nos, pelo seu baixo valor, que a proporção da variância total responsável

por diferenças entre as duas organizações é muito reduzida, isto é, a variável organização é pouco relevante.

Pressupõe-se, assim, que estão reunidas as condições que asseguram a capacidade de realizar uma eficaz análise factorial dos dados. Assim, em seguida, seleccionámos as variáveis mais relevantes e criamos cada factor, tendo em conta os loadings daquelas (anexo F). Para a representação dos oito factores, que no seu conjunto explicam 49,3% da variância, foram consideradas variáveis com loadings elevados (acima de 0,35): cerca de 60% das variáveis apresentam um loading acima de 0,50, estando as restantes num intervalo entre 0,35 e 0,49. Inicialmente, foram suprimidos todos os resultados com loadings abaixo de 0,35, valor que consideramos um pouco mais conservador do que os 0,32 sugeridos por Tabachnick e Fidell (2001).

Dado o conteúdo dos itens que integravam cada factor, procurámos a atribuir designações apropriadas aos factores, como apresentado de seguida:

Factor 1 - Orientação para a inovação

Item

SER_INOV	No meu departamento somos encorajados a identificar novas formas de realizar
SER_FUT	No meu departamento desenvolvem-se planos para o futuro
DES_COL	São proporcionados desafios interessantes aos colaboradores
GES_INOV	A gestão procura activamente novas ideias
OPTI_FUT	Sou optimista sobre o futuro do meu departamento
IDEI_REC	Os colaboradores são recompensados quando desenvolvem novas ideias
EXP_INOV	A experimentação e a inovação são encorajadas
SER_COMU	O meu departamento comunica bem com as outras equipas da organização
PREF_NOV	Existe uma clara preferência por novos desafios

Factor 2 – Planeamento e Flexibilidade

Item

CON_ACTV	Conhecemos bem a “concorrência” e o que eles fazem
CON_PFPF	Conhecemos a nossa “concorrência”, os seus pontos fortes e fraquezas
PENS_PRZ	Pensa-se nos problemas com muita antecedência
OBJ_LNGP	Existem objectivos claros de longo prazo e os colaboradores estão empenhados nestes
ADAP_MUD	Adaptamo-nos facilmente às mudanças do mercado / da conjuntura
PROC_RES	Os procedimentos são mais importantes do que os resultados

IMP_PROJ	Os projectos são sempre implementados na data planeada
COL_MISS	Todos os colaboradores compreendem a missão
AJUS_REQ	Os colaboradores consideram fácil o ajustamento a novos requisitos
COL_MUD	Os colaboradores reconhecem a importância da mudança

Factor 3 - Orientação para a melhoria contínua

Item

SER_ENVL	No meu departamento todos estão envolvidos na melhoria contínua
EMP_EXC	Existe empenhamento pela excelência do serviço ao cliente
MELH_PRI	A melhoria contínua é uma prioridade
PREF_MEL	Existe a preferência pela melhoria contínua
QUAL_VOL	A qualidade de serviço é mais importante do que o seu volume

Factor 4 - Orientação para a mudança

Item

COL_REGR	Os colaboradores evitam “seguir regras apenas porque estas estão assim definidas”
MUD_RAPI	A mudança é rápida e imediata
COL_FLEX	Os colaboradores sentem-se confortáveis com situações pouco comuns
COOP_COM	Existe mais cooperação do que competição entre departamentos/serviços

Factor 5 - Orientação para o Cliente e Competências

Item

FOC_CLI	A focalização principal dos gestores é o serviço ao cliente e a qualidade
SAT_LNGP	Ter clientes satisfeitos é importante para o sucesso a longo prazo
PLA_CLI	No planeamento, é dado um grande ênfase às necessidades dos clientes
GES_COMP	Os gestores e chefias utilizam as competências de todos os colaboradores
ORG_SERI	Organização e função são temas discutidos com seriedade
PLA_DESV	Os planos individuais de desenvolvimento são comuns
DES_COMP	Desenvolvem-se activamente novas competências para necessidades futuras
SUC_RETE	Os gestores de sucesso retêm as pessoas com elevado desempenho no departamento
COL_COMP	Os colaboradores têm a oportunidade de utilizarem as suas competências
SER_INFO	O meu departamento tem muita influência na Organização
RESP_CLI	A organização auxilia os colaboradores a responderem às necessidades dos clientes
GES_ESTR	O papel dos gestores seniores é, principalmente, estratégia e planeamento
COL_RPRO	Os colaboradores são treinados p/ utilizarem ferramentas de resolução de problemas
SER_MISS	O meu departamento tem uma missão e uma visão clara do caminho a seguir
EFI_REUN	As reuniões das equipas são eficazes

Factor 6 - Comunicação

Item

PROC_CHF	Os processos-chave têm como responsáveis as chefias sêniores dessa Operação
COMP_PRO	Eu compreendo os processos-chave da minha Organização
SER_PINT	No meu departamento conhecemos e compreendemos os processos internos
CEL_EXI	São regularmente celebrados os êxitos que a Organização alcança
INF_NEGA	A informação “negativa” é transmitida por meios de comunicação formais
GES_INFO	Os gestores dedicam tempo para falar informalmente com os subordinados

Factor 7 - Motivação e Envolvimento

Item

SATI_CLI	Estou satisfeito com o meu departamento /serviço
ORG_SER	Sinto-me orgulhoso de trabalhar no meu departamento/serviço
SATI_FUN	Estou satisfeito com a minha função
SATI_SER	No meu departamento/serviço as pessoas sentem-se satisfeitas por irem trabalhar
COL_ORG	Os colaboradores têm orgulho em trabalhar nesta Organização
SER_OBJ	No meu departamento conhecemos e compreendemos os nossos objectivos
GES_LNGP	Os gestores consideram o longo prazo nas decisões diárias
PROB_IDP	Os problemas inter-departamentais são resolvidos de forma satisfatória para todos
MUD_CONS	As mudanças importantes são objecto de discussão e consulta
COM_ABR	No meu departamento/serviço a comunicação é muito aberta
DECI_REU	As decisões importantes são sempre tomadas em reuniões
SER_COOP	No meu departamento/serviço existe uma clara cooperação entre colaboradores
EQUI_VPP	Permite-se um equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal
PRAG_IMP	O pragmatismo é importante
DEC_GRUP	As decisões importantes são realizadas por grupos e equipas

Factor 8 - Sistema Organizativo

Item

CULT_REG	O alinhamento com a cultura existente é importante no momento do recrutamento
INF_FORM	A informação importante surge pelos canais formais
COL_TEMP	Os colaboradores têm tempo para analisar os problemas que os afectam
RESP_COL	Demonstra-se respeito para com os colaboradores
COL_RESE	Os colaboradores não actuam de forma reservada e com secretismo
COL_SOS	Os novos colaboradores são deixados “por sua conta”
COL_JUST	Os colaboradores são tratados com justiça e respeito

Seguidamente foi realizada uma análise de consistência interna, através do cálculo do Alpha de Cronbach. Para verificarmos se a consistência interna podia ser considerada equivalente nos dois hospitais, utilizámos a estatística proposta por Van de Vijver e Leung (1997), ou seja, $F = (1 - \alpha_{\text{Hospital A}}) / (1 - \alpha_{\text{Hospital B}})$, com 113 graus de liberdade no numerador (Hospital A) e 105 graus de liberdade no denominador (Hospital B). Os resultados obtidos estão sumariados na tabela 15:

Tabela 15 - Análise de consistência interna dos factores

Factores	Alpha			Análise de diferenças nos Alpha	
	Total	Hospital A	Hospital B	F	Sig
1	0,91	0,90	0,92	1,25	0,12
2	0,87	0,82	0,90	1,80	0,001
3	0,78	0,74	0,80	1,30	0,09
4	0,48	0,50	0,45	0,91	0,68
5	0,90	0,89	0,90	1,10	0,31
6	0,72	0,65	0,78	1,20	0,17
7	0,91	0,90	0,91	1,11	0,29
8	0,57	0,55	0,57	1,05	0,40

Seis factores apresentam um alpha superior a 0,7, valor a partir do qual é considerado um nível razoável de consistência interna, ou seja, evidência de que os itens incluídos no factor estão a medir um mesmo construto. Inclusivamente, quatro factores apresentam um *alpha* com um valor aproximado ou superior a 0,9 o que traduz uma muito boa consistência interna (Nunnally e Bernstein 1994). Existem, porém, dois factores que apresentam fraca consistência interna, nomeadamente o Factor 4 - “Orientação para a mudança” e o Factor 8 - “Sistema Organizativo”. Dado que o valor é inferior a 0,6, o mínimo considerado como aceitável (Nunnally e Bernstein 1994), optámos por eliminá-los do grupo de dimensões de cultura organizacional a considerar.

A análise de diferenças entre os dois hospitais revela que não existem diferenças significativas ($p > 0,05$) para sete dos oito factores. Apenas para o factor 2 se verifica uma diferença

significativa para o nível de significância de 0,05. No entanto, dado que a consistência interna é elevada nos dois hospitais (>0.8), optámos por não o eliminar do grupo de dimensões de cultura organizacional a considerar, procurando nas análises posteriores verificar se existem outras diferenças relevantes entre os hospitais no que respeita a este factor.

Face aos factores que permaneceram, fizemos um teste adicional à sua consistência interna, verificando se a correlação de cada um dos seus itens com escala total é superior a 0.2 (Pestana e Gageiro, 2008) em cada um dos hospitais (tabelas 16 a 21)

No que diz respeito ao factor 1 (Orientação para a inovação), verificou-se que, em ambos os hospitais, todos os itens têm uma correlação com a escala superior a 0,2 e nenhum item ao ser apagado contribuiria para melhorar o Alpha de Cronbach.

Tabela 16 - Fiabilidade do Factor 1

	Hospital A		Hospital B	
	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído
SER_INOV	0,78	0,88	0,81	0,91
SER_FUT	0,74	0,89	0,75	0,91
DES_COL	0,70	0,89	0,77	0,91
GES_INOV	0,71	0,89	0,74	0,91
OPTI_FUT	0,69	0,89	0,77	0,91
IDEI_REC	0,55	0,90	0,58	0,92
EXP_INOV	0,70	0,89	0,65	0,92
SER_COMU	0,60	0,90	0,69	0,91
PREF_NOV	0,59	0,90	0,69	0,91

Para o factor 2 (Planeamento e flexibilidade), todos os itens têm uma correlação com a escala superior a 0,2. A eliminação do item PROC_RES permitiria obter um Alpha mais elevado em ambos os hospitais, mas dado que esse ganho era marginal (0,01) optámos por manter o item na escala.

Tabela 17 - Fiabilidade do Factor 2

	Hospital A		Hospital B	
	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído
CON_ACTV	0,59	0,79	0,71	0,89
CON_PFPF	0,56	0,79	0,75	0,89
PENS_PRZ	0,55	0,80	0,71	0,89
OBJ_LNGP	0,66	0,78	0,74	0,89
ADAP_MUD	0,54	0,80	0,74	0,89
PROC_RES	0,22	0,83	0,41	0,91
IMP_PROJ	0,52	0,80	0,72	0,89
COL_MISS	0,49	0,80	0,74	0,89
AJUS_REQ	0,44	0,81	0,63	0,89
COL_MUD	0,44	0,81	0,43	0,90

Também para o factor 3 se verifica que todos os itens têm uma correlação com a escala superior a 0,2 em ambos os hospitais. A eliminação do item EMP_EXC permitiria obter um Alpha mais elevado no hospital A, mas não no Hospital B, enquanto que a eliminação do item QUAL_VOL permitiria obter um Alpha mais elevado no hospital B, mas não no Hospital A. No entanto, dado que os ganhos não seriam muito elevados e sendo a correlação do item com a escala aceitável, optámos por não eliminar estes itens.

Tabela 18 - Fiabilidade do Factor 3

	Hospital A		Hospital B	
	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído
SER_ENVL	0,58	0,66	0,73	0,71
EMP_EXC	0,32	0,75	0,61	0,76
MELH_PRI	0,58	0,67	0,63	0,75
PREF_MEL	0,60	0,66	0,59	0,76
QUAL_VOL	0,47	0,71	0,42	0,83

No factor 5 (Orientação para o Cliente e Competências), mais uma vez se verifica que todos os itens têm uma correlação com a escala superior a 0,2 em ambos os hospitais. O Alpha obtido

para o Hospital B poderia ser ligeiramente melhorado com a eliminação do item SUC_RETE, mantendo-se nesse caso o Alpha obtido para o Hospital A. No entanto, a correlação do item com a escala total é elevada em ambos os Hospitais e a melhoria do Alpha no Hospital B não parece justificar a eliminação do item, pelo que optámos por manter o item na escala.

Tabela 19 - Fiabilidade do Factor 5

	Hospital A		Hospital B	
	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído
FOC_CLI	0,68	0,88	0,64	0,90
SAT_LNGP	0,47	0,89	0,39	0,90
PLA_CLI	0,53	0,88	0,60	0,90
GES_COMP	0,66	0,88	0,64	0,90
ORG_SERI	0,61	0,88	0,58	0,90
PLA_DESV	0,53	0,88	0,66	0,90
DES_COMP	0,65	0,88	0,72	0,89
SUC_RETE	0,51	0,89	0,40	0,91
COL_COMP	0,40	0,89	0,71	0,89
SER_INFO	0,45	0,89	0,65	0,90
RESP_CLI	0,66	0,88	0,51	0,90
GES_ESTR	0,39	0,89	0,51	0,90
COL_RPRO	0,56	0,88	0,58	0,90
SER_MISS	0,67	0,88	0,61	0,90
EFI_REUN	0,59	0,88	0,67	0,90

No factor 6 (Comunicação), todos os itens têm uma correlação com a escala superior a 0.2 em ambos os hospitais, embora a correlação do item INF_NEGA esteja próxima de 0.20 no Hospital A. A eliminação deste item permitiria melhorar o Alpha obtido para o Hospital A, mas apenas em 0.01, diminuindo o Alpha obtido para o hospital B em 0.04. Assim, optámos por manter o item na escala.

Tabela 20 - Fiabilidade do Factor 6

	Hospital A		Hospital B	
	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído
PROC_CHF	0,44	0,60	0,53	0,75
COMP_PRO	0,56	0,55	0,49	0,76
SER_PINT	0,38	0,61	0,60	0,73
CEL_EXI	0,32	0,64	0,50	0,75
INF_NEGA	0,24	0,66	0,53	0,74
GES_INFO	0,41	0,60	0,54	0,75

No factor 7 (Motivação e Envolvimento), todos os itens têm uma correlação com a escala superior a 0,2 em ambos os hospitais, embora a correlação do item PRAG_IMP esteja próxima de .20 no Hospital A . A eliminação deste item permitiria melhorar o Alpha obtido para o Hospital A, e no Hospital B mas apenas em 0.01, pelo que optámos por manter o item na escala.

Tabela 21 - Fiabilidade do Factor 7

	Hospital A		Hospital B	
	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído	Correlação corrigida do item com a escala total	Alpha se o item for excluído
SATI_CLI	0,77	0,89	0,77	0,90
ORG_SER	0,71	0,89	0,74	0,90
SATI_FUN	0,62	0,89	0,58	0,91
SATI_SER	0,72	0,89	0,70	0,91
COL_ORG	0,52	0,90	0,62	0,91
SER_OBJ	0,65	0,89	0,66	0,91
GES_LNGP	0,52	0,90	0,62	0,91
PROB_IDP	0,54	0,90	0,64	0,91
MUD_CONS	0,63	0,89	0,67	0,91
COM_ABR	0,58	0,89	0,68	0,91
DECI_REU	0,65	0,89	0,63	0,91
SER_COOP	0,62	0,89	0,63	0,91
EQUI_VPP	0,44	0,90	0,46	0,91
PRAG_IMP	0,21	0,91	0,36	0,92
DEC_GRUP	0,49	0,90	0,48	0,91

Complementarmente, refere-se que, no Hospital A, 38% dos itens tem uma correlação com a escala total superior a 0,6, sendo em 10% destes superior a 0,7. No Hospital B, estes valores são de 67% dos itens com correlação com a escala total superior a 0,6, sendo que destes, 28% têm um valor superior a 0,7.

Verificando-se a consistência interna das escalas, procedemos à criação de novas variáveis resultantes da agregação das variáveis no interior de cada factor. Para isso, efectuámos um cálculo da média das respostas dadas pelos participantes às questões incluídas em cada factor, ou seja, o somatório das respostas aos itens de cada factor, dividindo depois pelo número de itens de cada factor.

Obtivemos, deste modo, as seguintes dimensões de cultura organizacional:

Dimensão	Variável
• Orientação para a inovação	v_inov
• Planeamento e flexibilidade	v_planfl
• Orientação para a melhoria contínua	v_melhor
• Orientação para o cliente e competências	v_oricli
• Comunicação	v_comuni
• Motivação e envolvimento	v_motiva

Verificámos seguidamente se os resultados obtidos nestas variáveis em cada um dos hospitais permitem pressupor a existência de três pressupostos importantes para as análises subsequentes:

- a independência das amostras
- a homocedasticidade: as amostras devem poder ser consideradas como provenientes de populações com igual variância (análise através do teste de Levene)
- a sua distribuição normal

Em relação ao primeiro pressuposto, a independência é garantida pelo desenho do próprio estudo, pois não existe qualquer relação entre as unidades de análise (os dois hospitais considerados), do que resulta a existência de amostras independentes.

A existência de homocedasticidade foi verificada pela aplicação do teste de Levene de homogeneidade de variâncias (tabela 22):

Tabela 22 - Teste da homogeneidade de variâncias

Regressão	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
V_INOV	3,076	1	175	,081
V_PLANFL	7,068	1	175	,009
V_MELHOR	5,517	1	175	,020
V_ORICLI	,312	1	175	,577
V_COMUNI	3,879	1	175	,050
V_MOTIVA	1,312	1	175	,254

Observando os resultados obtidos pela quase totalidade das variáveis (excepto V_PLANFL e V_MELHOR) apresentadas na tabela anterior e considerando a significância calculada para este teste, não se rejeita a hipótese nula das k variâncias serem iguais.

Quanto ao pressuposto c), e porque a generalidade das técnicas estatísticas paramétricas assumem que os dados seguem uma distribuição normal multivariada, optou-se por realizar um teste analítico à normalidade. Foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov, com a correcção de Lilliefors, para a verificação da normalidade univariada, cujos resultados se apresentam nas tabelas 23 e 24.

Para o Hospital A (tabela 23), foi obtido um nível de significância maior que 0,05 para todas as variáveis à excepção da V_MELHOR, embora o nível de significância obtido para esta variável seja bastante próximo (.048). Este resultado sugere que as variáveis se podem considerar como seguindo uma distribuição normal no Hospital 1. O valor obtido na variável V_MELHOR poderá reflectir-se na necessidade de uma análise mais cautelosa os dados obtidos.

Tabela 23 - Teste de Kolmogorov-Smirnov (Hospital A)

Regressão	Kolmogorov-Smirnov	
	Statistic	Sig.
V_INOV	,079	,184
V_PLANFL	,080	,171
V_MELHOR	,092	,048
V_ORICLI	,075	> ,200
V_COMUNI	,078	> ,200
V_MOTIVA	,079	,188

No Hospital B (tabela 24), foi obtido um nível de significância maior que 0,05 para todas as variáveis à exceção da V_COMUNI. De referir que foram retirados *outliers* das variáveis V_INOV e V_MELHOR, em número inferior a seis em ambos os casos. O valor obtido na variável V_COMUNI poderá reflectir-se na necessidade de uma análise mais cautelosa dos dados obtidos. Para as restantes variáveis, os resultados sugerem que se podem considerar como seguindo uma distribuição normal.

Tabela 24 - Teste de Kolmogorov-Smirnov (Hospital B)

Regressão	Kolmogorov-Smirnov	
	Statistic	Sig.
V_INOV	,100	,053
V_PLANFL	,094	,064
V_MELHOR	,099	,055
V_ORICLI	,061	> ,200
V_COMUNI	,126	,002
V_MOTIVA	,083	> ,200

Para a quase totalidade das variáveis foi obtido um nível de significância maior que 0,05, o que sugere que os dados se podem considerar aproximadamente normais.

Seguidamente foram analisadas as correlações entre as principais variáveis utilizadas neste estudo. A tabela 27 apresenta os resultados para a amostra total e as tabelas 25 e 26 apresentam, respectivamente, os resultados para os Hospitais A e B. Verificámos que, tal como previsto, existe uma associação forte entre as variáveis que representam as dimensões de cultura organizacional (como demonstrado nas tabelas seguintes), quer ao nível da análise agregada dos dados dos dois hospitais, quer de cada um destes considerado individualmente, com os coeficientes de correlação a apresentarem valores na sua maioria acima de 0,7.

No que se refere às correlações detectadas entre as variáveis de cultura organizacional e as variáveis demográficas, identificaram-se algumas correlações significativas, embora moderadas (tabelas 25 e 26).

No hospital A, a variável “NÍVEL_F” (nível em que se posiciona a função do inquirido) tem uma correlação positiva com as variáveis de cultura “V_PLANFL”, “V_MELHOR” e “V_ORICLI”. A variável “HABILIT” tem uma correlação negativa significativa com as variáveis “V_PLANFL”, “V_MELHOR”, “V_ORICLI” e “V_MOTIVA”.

No hospital B, as correlações significativas mais relevantes ocorrem entre a variável demográfica “ANTIG_H” (antiguidade no hospital) e as variáveis de cultura “V_MELHOR”, “V_ORICLI” e “V_MOTIVA”, assim como uma correlação significativa negativa entre “NÍVEL_F” e as variáveis “V_INOV” e “V_COMUNI”. Outras correlações significativas mas reflectidas em menor número de variáveis neste hospital ocorrem entre “IDADE” e “V_MELHOR”, “SEXO” e “V_INOV” / “V_COMUNI”, “EXP_PROF” e “V_MELHOR”, e “HABILIT” e “V_COMUNI”.

Tabela 25 - Análise de Correlações (Hospital A)

	NIVEL_F	IDADE	SEXO	ANTIG_H	EXP_PROF	HABILIT	V_INOV	V_PLANFL	V_MELHOR	V_ORICLI	V_COMUNI	V_MOTIVA
NIVEL_F	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	1 -278** 110	137 107 110	-247** 106 108	-314** 106 108	-730** 110 110	.022 102 102	.167* 105 105	.205* 105 105	.165* 101 101	-.004 104 104	.128 103 100
IDADE	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	1 -278** 110	.012 107 107	.785** 100 102	.903** 100 103	-.120 108 107	.162 105 100	.145 107 102	.095 109 103	.115 128 99	.143 107 101	.089 192 97
SEXO	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.137 107 110	1 107 114	.048 108 108	.015 109 109	-.085 114 114	.033 108 108	.056 109 109	.091 109 109	.146 108 108	.086 189 108	.029 385 104
ANTIG_H	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-.247** 105 108	.048 108 108	1 108 108	.855** 108 108	-.031 108 108	.014 108 108	.034 108 108	-.059 108 108	.008 108 108	.022 108 108	-.033 372 99
EXP_PROF	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-.314** 108 108	.015 108 108	.855** 108 108	1 108 108	-.089 108 108	.073 108 108	.035 108 108	.020 108 108	.078 108 108	.122 108 108	.038 352 100
HABILIT	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-.730** 108 110	-.085 108 114	-.031 108 108	-.089 108 108	1 108 108	-.058 108 108	-.218** 108 108	-.258** 108 108	-.167* 108 108	-.055 108 108	-.200* 108 108
V_INOV	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.022 108 108	.033 108 108	.014 108 108	.073 108 108	-.058 108 108	1 108 108	.845** 108 108	.860** 108 108	.817** 108 108	.892** 108 108	.821** 108 108
V_PLANFL	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.167* 108 108	.056 108 108	.034 108 108	.035 108 108	-.218** 108 108	.845** 108 108	1 108 108	.534** 108 108	.723** 108 108	.612** 108 108	.726** 108 108
V_MELHOR	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.205* 108 108	.091 108 108	-.059 108 108	.020 108 108	-.258** 108 108	.860** 108 108	.534** 108 108	1 108 108	.717** 108 108	.484** 108 108	.706** 108 108
V_ORICLI	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.165* 108 108	.146 108 108	.008 108 108	.078 108 108	-.167* 108 108	.817** 108 108	.723** 108 108	.717** 108 108	1 108 108	.701** 108 108	.771** 108 108
V_COMUNI	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-.004 108 108	.088 108 108	.022 108 108	.122 108 108	-.055 108 108	.862** 108 108	.612** 108 108	.484** 108 108	.701** 108 108	1 108 108	.701** 108 108
V_MOTIVA	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.128 108 108	.029 108 108	-.033 108 108	.038 108 108	-.200* 108 108	.821** 108 108	.726** 108 108	.706** 108 108	.771** 108 108	.701** 108 108	1 108 108

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Tabela 26 - Análise de Correlações (Hospital B)

	NIVEL_F	IDADE	SEXO	ANTIG_H	EXP_PROF	HABILIT	V_INOV	V_PLANFL	V_MELHOR	V_ORICLI	V_COMUNI	V_MOTIVA
NIVEL_F	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	1 ,000 93	,016 ,439 97	-,110 ,149 92	-,263** ,006 90	-,649** ,000 98	-,184* ,037 95	-,034 ,373 92	-,096 ,177 96	-,106 ,156 92	-,232* ,013 93	-,139 ,095 90
IDADE	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,357** ,000 93	1 ,285** 96	-,846** ,000 92	-,882** ,000 90	-,075 ,235 96	-,103 ,163 93	-,114 ,143 90	-,247** ,008 95	-,138 ,096 91	-,081 ,223 91	-,157 ,074 87
SEXO	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,285** ,016 ,439 97	1 ,002 96	-,125 ,113 95	-,153 ,072 93	-,243** ,007 101	-,200* ,024 99	-,090 ,191 96	-,117 ,125 99	-,153 ,068 96	-,219* ,016 97	-,073 ,242 93
ANTIG_H	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,110 ,149 92	-,125 ,113 95	1 ,000 97	-,814** ,000 95	-,094 ,181 97	-,156 ,068 93	-,093 ,191 90	-,235* ,011 95	-,225* ,016 90	-,015 ,445 91	-,179* ,047 88
EXP_PROF	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,263** ,006 90	-,153 ,072 93	-,814** ,000 95	1 ,000 95	-,077 ,230 95	-,124 ,121 91	-,089 ,204 88	-,212* ,021 93	-,162 ,066 88	-,095 ,189 89	-,135 ,107 86
HABILIT	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,649** ,000 98	-,125 ,113 96	-,094 ,181 92	-,814** ,000 95	1 ,230 95	-,118 ,122 99	-,008 ,468 96	-,074 ,232 100	-,048 ,322 96	-,223* ,014 97	-,013 ,451 94
V_INOV	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,184* ,037 95	-,034 ,373 92	-,110 ,149 92	-,263** ,006 90	-,649** ,000 98	1 ,000 91	-,712** ,000 97	-,891** ,000 99	-,881** ,000 97	-,748** ,000 98	-,838** ,000 94
V_PLANFL	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,034 ,373 92	-,106 ,156 92	-,110 ,149 92	-,263** ,006 90	-,649** ,000 98	-,184* ,037 95	1 ,000 97	-,740** ,000 99	-,763** ,000 94	-,590** ,000 96	-,735** ,000 91
V_MELHOR	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,096 ,177 96	-,138 ,096 91	-,110 ,149 92	-,263** ,006 90	-,649** ,000 98	-,184* ,037 95	-,712** ,000 97	1 ,000 99	-,701** ,000 97	-,607** ,000 95	-,722** ,000 92
V_ORICLI	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,106 ,156 92	-,153 ,068 96	-,110 ,149 92	-,263** ,006 90	-,649** ,000 98	-,184* ,037 95	-,712** ,000 97	-,740** ,000 99	1 ,000 94	-,721** ,000 96	-,876** ,000 91
V_COMUNI	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,232* ,013 93	-,081 ,223 91	-,110 ,149 92	-,263** ,006 90	-,649** ,000 98	-,184* ,037 95	-,712** ,000 97	-,740** ,000 99	-,763** ,000 94	1 ,000 96	-,876** ,000 91
V_MOTIVA	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,139 ,095 90	-,073 ,242 93	-,179* ,047 88	-,135 ,107 86	-,013 ,451 94	-,838** ,000 94	-,735** ,000 91	-,722** ,000 92	-,876** ,000 92	-,722** ,000 95	1 ,000 95

**, Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

*, Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Tabela 27 - Análise de Correlações (Hospitais A e B)

	NIVEL_F	IDADE	SEXO	ANTIG_H	EXP_PROF	HABILIT	V_INOV	V_PLANFL	V_MELHOR	V_ORICLI	V_COMUNI	V_MOTIVA
NIVEL_F	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	1 ,316** ,000 209	,088 ,104 ,207	-,188** ,004 ,198	-,295** ,000 ,196	-,684** ,000 ,208	-,072 ,157 ,197	,060 ,201 ,197	,053 ,225 ,201	,038 ,050 ,193	-,117 ,050 ,197	-,009 ,452 ,190
IDADE	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,316** ,000 ,197	-,123** ,033 ,203	-,804** ,000 ,194	-,894** ,000 ,193	-,018 ,399 ,203	-,127** ,039 ,193	-,128** ,041 ,192	-,163** ,011 ,198	,118 ,053 ,190	,109 ,065 ,192	,115 ,060 ,184
SEXO	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	,088 ,104 ,207	1 ,033 ,203	-,071 ,158 ,203	-,075 ,145 ,202	,069 ,157 ,215	-,138** ,026 ,205	,088 ,110 ,205	,124** ,037 ,208	-,167** ,009 ,201	-,168** ,008 ,205	,078 ,138 ,197
ANTIG_H	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,188** ,004 ,198	-,071 ,158 ,203	1 ,000 ,205	-,832** ,000 ,203	-,048 ,246 ,205	,074 ,152 ,193	,057 ,217 ,193	,084 ,120 ,199	,103 ,080 ,189	,012 ,434 ,194	,064 ,192 ,187
EXP_PROF	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,295** ,000 ,197	-,075 ,000 ,202	-,832** ,000 ,203	1 ,000 ,204	1 ,485 ,204	,087 ,115 ,192	,056 ,221 ,201	,107 ,076 ,204	,105 ,076 ,199	,104 ,075 ,202	,074 ,157 ,194
HABILIT	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,684** ,000 ,208	-,069 ,157 ,203	-,048 ,246 ,205	,003 ,485 ,204	1 ,000 ,204	,023 ,370 ,205	-,104 ,069 ,205	-,083 ,117 ,209	-,064 ,183 ,201	,095 ,087 ,205	-,102 ,076 ,193
V_INOV	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,072 ,157 ,197	,138** ,026 ,205	,074 ,152 ,193	,087 ,115 ,192	,023 ,370 ,205	1 ,000 ,207	,884** ,000 ,201	,881** ,000 ,204	,852** ,000 ,199	,723** ,000 ,202	,832** ,000 ,194
V_PLANFL	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	,060 ,201 ,197	,088 ,110 ,205	,057 ,217 ,193	,056 ,221 ,192	-,104 ,069 ,205	,884** ,000 ,207	1 ,000 ,207	,657** ,000 ,202	,742** ,000 ,198	,601** ,000 ,203	,730** ,000 ,194
V_MELHOR	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	,053 ,225 ,201	,124** ,037 ,203	,084 ,120 ,199	,107 ,087 ,198	-,083 ,117 ,209	,657** ,000 ,204	,657** ,000 ,202	1 ,000 ,211	,709** ,000 ,203	,555** ,000 ,203	,719** ,000 ,195
V_ORICLI	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	,038 ,298 ,193	,118 ,053 ,201	-,167** ,009 ,201	,105 ,076 ,188	-,064 ,183 ,201	,852** ,000 ,199	,742** ,000 ,198	,709** ,000 ,201	1 ,000 ,203	,713** ,000 ,198	,830** ,000 ,191
V_COMUNI	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,117 ,050 ,197	,168** ,008 ,205	,012 ,434 ,194	,104 ,075 ,193	,095 ,087 ,205	,723** ,000 ,202	,601** ,000 ,203	,555** ,000 ,203	,713** ,000 ,198	1 ,000 ,207	,713** ,000 ,196
V_MOTIVA	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-,009 ,452 ,190	,078 ,138 ,197	,064 ,192 ,187	,074 ,157 ,186	-,102 ,076 ,198	,832** ,000 ,194	,730** ,000 ,194	,719** ,000 ,195	,830** ,000 ,191	,713** ,000 ,196	1 ,000 ,199

**, Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

*, Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

4.1.2. Resultados por hospital

Realizámos uma análise estatística às variáveis de cultura organizacional anteriormente identificadas, de forma a verificar se, dentro de cada hospital, existiriam diferenças significativas em termos de grupos considerados com base em variáveis demográficas. (Krogstad et al 2006; Aiken et al 2002; Adams e Bond 2000). A ausência de diferenças significativas entre os grupos funcionais numa variável de cultura organizacional permitiria inferir a existência de uma cultura forte no que diz respeito a essa variável.

Hospital A

A análise da intensidade das dimensões de cultura organizacional foi concretizada para cada um dos oito grupos funcionais do hospital (tabela 28). Dados os resultados do teste ANOVA, existem indícios que nos podem levar a afirmar a existência de uma “cultura forte”, no sentido que não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões culturais entre os diferentes níveis funcionais no hospital. A percentagem de variância que pode ser atribuída ao nível funcional varia entre 7,4% para a variável v_inov e 11,1% para a variável v_comuni (análise de Eta²).

Tabela 28 – Análise de diferenças entre grupos funcionais no Hospital A

	v_inov				v_planfl				v_melhor			
	Média	DvP	ANOVA		Média	DvP	ANOVA		Média	DvP	ANOVA	
			Sig	Eta ²			Sig	Eta ²			Sig	Eta ²
Administração	3,704	1,008	,390	,074	3,233	0,777	,228	,090	4,067	0,702	,167	,099
Direcção	4,333	0,000			3,500	0,985			4,100	0,141		
Chefia Interm.	3,244	1,280			3,040	1,122			3,720	1,137		
Médico	3,363	0,710			2,947	0,387			3,718	0,936		
Enfermeiro	2,985	0,866			3,000	0,508			3,662	0,723		
Técnico	3,256	0,933			3,105	0,695			3,990	0,513		
Administrativo	3,583	0,581			3,358	0,623			4,050	0,460		
Auxiliar	3,386	0,917			3,460	0,718			4,259	0,533		

Tabela 28 (cont.) Análise de diferenças entre grupos funcionais no Hospital A

	v_orcli				v_comuni				v_motiva			
	Média	DvP	ANOVA		Média	DvP	ANOVA		Média	DvP	ANOVA	
			Sig	Eta ²			Sig	Eta ²			Sig	Eta ²
Administração	3,267	0,897	,153	,106	3,611	0,481	,113	,111	3,867	0,677	,224	,095
Direcção	4,167	0,047			3,667	0,928			3,689	0,671		
Chefia Interm.	3,150	1,232			3,367	0,877			3,413	1,216		
Médico	3,338	0,620			3,219	0,614			3,258	0,586		
Enfermeiro	3,262	0,620			2,939	0,588			3,282	0,673		
Técnico	3,323	0,673			3,317	0,765			3,427	0,769		
Administrativo	3,756	0,327			3,528	0,340			3,767	0,504		
Auxiliar	3,671	0,759			3,233	0,623			3,800	0,679		

Hospital B

Tal como realizado para o hospital A, também procedemos a uma análise da intensidade das dimensões de cultura organizacional no hospital B, para cada um dos oito grupos funcionais do hospital (Tabela 29). Os resultados do teste ANOVA indicam que existem diferenças significativas entre os níveis funcionais do hospital para as dimensões culturais com excepção de “Planeamento e flexibilidade” e “Orientação para a melhoria contínua”. A percentagem de variância que pode ser atribuída ao nível funcional é geralmente elevada, variando entre 11,2% para a variável v_melhor e 22% para a variável v_comuni (análise de Eta²). Assim, não existem indícios de uma “cultura forte”, transversal a toda a organização.

Tabela 29 – Análise de diferenças entre grupos funcionais no Hospital B

	v_inov				v_planfl				v_melhor			
	Média	DvP	ANOVA		Média	DvP	ANOVA		Média	DvP	ANOVA	
			Sig	Eta ²			Sig	Eta ²			Sig	Eta ²
Administração	3,917	0,389	,005	,203	3,600	0,698	,054	,148	4,050	0,443	,131	,116
Direcção	3,667	0,385			3,567	0,924			4,133	1,155		
Chefia Interm.	3,000	0,838			3,150	0,994			3,943	0,814		
Médico	2,475	1,205			2,418	1,010			3,183	0,932		
Enfermeiro	3,280	0,662			3,125	0,596			3,771	0,688		
Técnico	2,659	1,049			2,623	0,504			3,467	0,809		
Administrativo	3,597	0,623			3,271	0,955			4,200	0,721		
Auxiliar	2,548	1,144			3,179	1,084			3,429	1,197		

Tabela 29 (cont.) – Análise de diferenças entre grupos funcionais no Hospital B

	v_oricli				v_comuni				v_motiva			
	Média	DvP	ANOVA		Média	DvP	ANOVA		Média	DvP	ANOVA	
			Sig	Eta ²			Sig	Eta ²			Sig	Eta ²
Administração	3,933	0,404	,014	,184	4,000	0,491	,003	,220	3,950	0,371	,013	,190
Direcção	3,867	0,577			3,889	0,192			4,244	0,847		
Chefia Interm.	3,086	1,039			3,188	0,774			3,175	0,802		
Médico	2,715	0,892			2,576	0,664			2,680	0,993		
Enfermeiro	3,352	0,470			3,188	0,548			2,702	0,970		
Técnico	2,923	0,584			3,107	0,792			2,990	0,851		
Administrativo	3,567	0,420			3,452	0,525			3,542	0,554		
Auxiliar	3,103	1,014			2,702	0,970			3,108	0,971		

Realizou-se uma análise *post-hoc* para compreender em que níveis funcionais este diferencial era mais relevante. Deu-se especial atenção aos níveis “Médicos” e “Enfermeiros”, dada a relevância destas funções nas áreas operacionais dos hospitais. A diferença é sempre significativa para as variáveis “v_inov”, “v_oricli”, “v_comuni” e “v_motiva”, ou seja, para todas as variáveis onde existiam diferenças entre os grupos funcionais.

As médias obtidas pelo nível funcional “Enfermeiros” são sempre superiores às constatadas no nível funcional “Médicos”, para as seis dimensões de cultura organizacional (tabela 29). Por outras palavras, esta situação indicia que estes profissionais são mais sensíveis a aspectos relacionados com a inovação organizacional de actividades ou processos, para uma maior interacção com outros profissionais na sua ou em outras funções, para uma maior orientação integrada para o cliente, para uma maior capacidade de mobilização e de terem uma atitude positiva visível face ao trabalho (considerando os itens que constituem as variáveis).

Estes resultados estão coerentes com estudos anteriores e com evidências empíricas, como por exemplo, dados oriundos do (anteriormente designado) Instituto da Qualidade na Saúde, segundo os quais, em situações de implementação e desenvolvimento de processos de Acreditação na área hospitalar em Portugal, os Enfermeiros são, de entre todos os grupos funcionais na Organização, aquele que demonstra uma maior sensibilidade e motivação para a gestão da qualidade, quer em iniciativas de melhoria quer na participação corrente em projectos e nas boas práticas favoráveis ao sucesso do sistema.

4.1.3. Comparação entre hospitais

A análise seguinte reflecte uma comparação dos resultados obtidos nas dimensões de cultura organizacional entre os dois hospitais, procurando semelhanças e diferenças entre os dois casos. Realizámos uma primeira análise em que comparámos os resultados globais dos dois hospitais, seguida de uma análise mais detalhada, em que a comparação entre hospitais foi feita por grupo funcional.

Totais

Ao compararmos os resultados das variáveis de cultura organizacional nos dois hospitais, verifica-se apenas uma diferença significativa na variável “v_melhor” (tabela 30):

Tabela 30 – Análise de diferenças entre hospitais

	Hospital A		Hospital B		ANOVA	
	Média	DvP	Média	DvP	Sig.	Eta2
v_inov	3,269	0,869	3,053	0,961	0,090	0,014
v_planfl	3,156	0,634	3,035	0,825	0,235	0,007
v_melhor	3,897	0,696	3,667	0,854	0,032	0,022
v_oricli	3,422	0,688	3,237	0,727	0,065	0,017
v_comuni	3,233	0,653	3,126	0,753	0,276	0,006
v_motiva	3,467	0,701	3,269	0,784	0,062	0,018

Esta dimensão, que traduz não só a preferência como o empenho contínuo pela melhoria e pela excelência, é aquela onde ambos os hospitais atingem uma média mais elevada, mas também onde existe um maior diferencial entre hospital A e B.

Procurámos analisar se esta diferença poderia ser atribuída a variáveis demográficas nas quais os dois hospitais não têm uma distribuição idêntica. Foi realizada uma análise de variância entre os hospitais incluindo cada variável demográfica como concomitante (Van de Vijver e Leung 1997) cujo efeito se pretende controlar, aquando do estudo entre os factores e as variáveis dependentes (Pestana e Gageiro 2003).

Foram detectados efeitos significativos para as variáveis gênero e idade. No entanto, quando gênero e idade são introduzidos simultaneamente como concomitantes, o impacto do gênero deixa de ser significativo. Assim, diferenças na distribuição de idades entre os hospitais explicam as diferenças encontradas entre hospitais para a variável v_melhor (tabela 31).

Tabela 31 - Análise de Variância - Teste de Efeito entre Grupos

Variável Dependente: V_MELHOR

Fonte	Soma dos Quadrados (Tipo III)	df	Média dos Quadrados	F	Sig.
Modelo corrigido	5,265 ^a	2	2,632	4,366	,014
Constante	136,595	1	136,595	226,544	,000
Idade	3,437	1	3,437	5,700	,018
nome_org	2,015	1	2,015	3,342	,069
Erro	117,575	195	,603		
Total	2980,440	198			
Total corrigido	122,840	197			

a. R Squared = ,043 (Adjusted R Squared = ,033)

Comparação dos grupos funcionais entre hospitais

Seguidamente comparamos os dois hospitais nas dimensões de cultura organizacional, não em termos globais mas em cada grupo funcional. Na vivência do contexto hospitalar são (re)conhecidas diferenças substanciais entre grupos funcionais, nomeadamente entre médicos, enfermeiros e, não tão predominante, outras funções técnicas e auxiliares. Deste modo, fará sentido uma análise detalhada às dimensões de cultura organizacional considerando os grupos funcionais, já que poderão existir algumas diferenças relevantes entre estes (Krogstad et al 2006; Aiken et al 2002; Adams e Bond 2000).

A tabela 32 revela que existem diferenças entre os “Médicos” dos dois hospitais nas dimensões v_inov, v_orcli e v_comuni; Os “Técnicos” são diferentes nas dimensões v_planfl e v_melhor; por último, os “Auxiliares” são diferentes em v_inov e v_melhor.

Tabela 32 – Análise de diferenças entre hospitais por grupo funcional

		v_inov	v_planfl	v_melhor	v_oricli	v_comuni	V_motiva
Administração	F	0,156	0,432	0,002	1,816	1,094	0,045
	Sig	0,709	0,54	0,971	0,236	0,344	0,841
Direcção	F	2,25	0,007	0,001	0,484	0,165	0,793
	Sig	0,272	0,936	0,972	0,537	0,705	0,423
Chefia Intermédia	F	0,176	0,034	0,158	0,009	0,149	0,185
	Sig	0,683	0,857	0,699	0,928	0,706	0,676
Médico	F	5,571	3,855	2,301	4,594	6,697	3,522
	Sig	0,027	0,060	0,141	0,042	0,016	0,073
Enfermeiro	F	2,299	0,786	0,372	0,411	2,968	0,446
	Sig	0,135	0,379	0,544	0,524	0,090	0,507
Técnico	F	3,402	4,637	5,467	3,078	0,601	2,429
	Sig	0,091	0,039	0,026	0,089	0,444	0,129
Administrativo	F	0,002	0,058	0,31	1,278	0,146	0,885
	Sig	0,962	0,812	0,585	0,273	0,707	0,359
Auxiliar	F	5,133	0,689	6,624	2,982	3,120	3,943
	Sig	0,031	0,414	0,015	0,096	0,089	0,060

Tal como realizámos anteriormente, tendo em conta que as amostras em cada hospital não são idênticas em termos demográficos, fomos verificar até que ponto essas diferenças demográficas tinham impacto nos resultados.

Para os “Auxiliares” verificou-se um efeito significativo da variável “sexo”. As diferenças constatadas entre o grupo “Auxiliares” dos dois hospitais desapareceram quando a variável “sexo” foi inserida como concomitante, tanto no caso da variável v_inov, como no caso da variável v_melhor. Uma explicação possível será o facto de, no hospital A, a maioria dos sujeitos neste grupo funcional serem “Auxiliares de Acção Médica”, habitualmente (como é o caso), do género feminino (70%), enquanto no hospital B, um número considerável de “Auxiliares” está ligado à área da manutenção e logística, o que se reflecte claramente no género (87% masculino). Assim, as diferenças registadas entre os “Auxiliares” parecem estar mais ligadas à variável “sexo” do que à variável “organização”.

Para o grupo dos “Técnicos” verificou-se um efeito significativo da variável “idade”. As diferenças constatadas desaparecem quando a variável “idade” foi inserida como concomitante, tanto no caso da variável v_planif como no caso da variável v_melhor. Embora a média etária seja muito semelhante entre os hospitais A e B (37 e 38 anos, como pode ser verificado na Tabela 11), a dispersão por intervalos é bastante diferente. Assim, no hospital A, 50% dos “técnicos” tem menos de 35 anos, valor esse que ascende a 70% no hospital B. Assim, as diferenças registadas entre os “Técnicos” parecem estar mais ligadas à variável “idade” do que à variável “organização”.

Para o grupo dos “Médicos”, não se verificaram efeitos significativos de nenhuma das variáveis demográficas consideradas, ou seja, as diferenças entre os “Médicos” dos dois hospitais nas variáveis “v_inov”, “v_oricli” e “v_comuni” mantêm-se mesmo quando as variáveis demográficas são introduzidas como concomitantes. Para estas dimensões de cultura organizacional, a variável “organização” tem um papel mais relevante do que qualquer das variáveis demográficas consideradas. Adicionalmente, quando utilizadas as variáveis “experiência profissional” e “antiguidade no hospital” como concomitantes, os médicos dos dois hospitais passam a registar diferenças significativas para as variáveis “v_planfl” e “v_motiv”. Em suma, apenas a variável “v_melhor” não é significativamente diferente entre hospitais no grupo dos “médicos”.

Para termos a certeza que a diferença respeitava à organização e não às características da amostra, utilizámos as variáveis concomitantes “antiguidade” e “experiência profissional” por serem as que tinham impacto mais significativo entre os médicos. Após correcção, as diferenças não só não desapareceram como, pelo contrário, ainda se tornaram maiores, o que comprovou que a variável “organização” tem um papel muito relevante nas diferenças registadas no grupo dos médicos (tabela 33):

Tabela 33 - Análise da magnitude de efeitos do tamanho amostral

	ETA 2 (inicial)	ETA 2 (após correcção)
v_inov	0,188	0,243
v_planfl	0,129	0,216
v_oricli	0,155	0,212
v_comuni	0,211	0,248
v_motiva	0,128	0,224

Observando as médias no grupo funcional “médicos” (tabela 34), verifica-se que o hospital A é sempre superior ao hospital B em todas as dimensões de cultura organizacional:

Tabela 34 - Médias das dimensões culturais no grupo funcional Médicos

	Hosp. A	Hosp. B
v_inov	3,363	2,475
v_planfl	2,947	2,418
v_melhor	3,718	3,183
v_oricli	3,338	2,715
v_comuni	3,219	2,576
v_motiva	3,258	2,680

Como referido anteriormente, no hospital A, os médicos já não registam diferenças significativas em relação aos enfermeiros. Estes, são habitualmente reconhecidos nas organizações de saúde e em diversos estudos (Krogstad et al 2006; Aiken et al 2002; Adams e Bond 2000) como detendo uma maior propensão para uma perspectiva multidimensional da sua actividade, cruzando competências profissionais com cooperação, coordenação e perspectiva de sistema. Por seu lado, os médicos têm habitualmente uma maior tendência para traduzir a sua motivação, estrutura relacional e autoridade maioritariamente com a classe médica. A aproximação de valores entre estes dois grupos assumir-se-á como um factor importante para o SGQ no hospital A, como se abordará mais detalhadamente na secção de discussão deste projecto.

4.2 - Práticas de gestão da qualidade

As práticas de gestão da qualidade têm sido objecto de extensa investigação, tanto por investigadores dedicados ao seu estudo na óptica exclusiva da gestão da qualidade, como da relação desta com a cultura organizacional (Waldman 1994; Flynn et al. 1995; Ahire 1996; Zeitz et al. 1997; Dow et al 1999; Samson e Terziovski 1999; Sila e Ebrahimpour 2002; Sousa e Voss 2002; Lagrosen e Lagrosen 2003; Prajogo e McDermott 2005; Lakhal et al. 2006).

Ao longo dos diversos estudos, foram identificados conjuntos distintos de práticas, resultantes da integração de trabalhos de outros autores, como também dos requisitos ISO9000, Malcolm Baldrige National Quality Award e European Foundation for Quality Management.

Dado o nível de detalhe da informação qualitativa obtida durante as entrevistas aos vários quadros dos hospitais, foi possível evoluir da inicial pré-identificação de práticas de gestão da qualidade (utilizada para estruturar o guião da entrevista), para uma matriz mais completa, o que favorece a análise do grau de uso das práticas de gestão da qualidade em cada hospital.

Devido a ser um dos estudos mais recentes, considerámos como referência as práticas identificadas por Lakhal et al. (2006:627), sendo necessário sistematizar o descritivo destas (tabela 35) para assegurar a eficiência da análise qualitativa dos casos, na óptica da gestão da qualidade, consubstanciada na comparação relativa entre estes:

Tabela 35 - Práticas de gestão da qualidade na análise qualitativa dos casos

Designação	Descritivo
Empenhamento e suporte da gestão de topo	Reflecte o esforço consciente e continuado da gestão enquanto base do desenvolvimento a longo prazo da organização, de liderar, proporcionar recursos e motivar no sentido da melhoria e das necessidades dos clientes.
Organização para a qualidade	Traduz a existência de métodos de gestão de processos e projectos, uma aposta na integração e transversalidade entre as áreas operacionais e entre estas e as de suporte, assim como um esforço de definição de normas, boas práticas e linhas de orientação que maximizem a eficácia e a eficiência operacional.
Formação dos colaboradores	Reflecte a aposta estruturada de desenvolvimento das competências dos colaboradores, do planeamento aos conteúdos e à avaliação da sua eficácia, assumindo estes como factor de vantagem competitiva no serviço ao cliente.

Tabela 35 - Práticas de gestão da qualidade na análise qualitativa dos casos (continuação)

Designação	Descritivo
Participação dos colaboradores	Encorajamento dos colaboradores à participação no sentido dos objectivos organizacionais, implicando um esforço de maximização da comunicação, de alinhamento com a organização e de auto-motivação à participação e à responsabilização individual.
Gestão da qualidade dos fornecedores	Acções que visam garantir a qualidade a montante da estrutura organizacional, ou seja, nos processos, actividades, produtos/serviços e recursos humanos dos fornecedores.
Focalização no cliente	Representa o objectivo último do sistema, reflectindo o alinhamento e antecipação das necessidades dos clientes, de forma continuada e integrada, passando por factores como a análise do mercado/envolvente, a comunicação com o cliente e a avaliação da satisfação.
Suporte contínuo	Traduz os esforços de coordenação e dinâmica da melhoria contínua dos serviços, assim como dos sistemas e actividades que promovem a recompensa pela inovação e pela persecução dos objectivos.
Melhoria do sistema de qualidade	Reflecte o desenvolvimento continuado do SGQ, nos seus processos de base, documentação, estrutura de indicadores de desempenho e evolução dos próprios referenciais de gestão da qualidade na organização.
Informação e análise	Acesso dos colaboradores à informação crítica (operacional ou de suporte) exigível para responder às necessidades reais ou potenciais das unidades funcionais na prestação do serviço aos clientes.
Utilização de técnicas estatísticas	Métodos e técnicas estatísticas utilizados, de forma intensa e continuada, para a quantificação e controlo da qualidade.

Fonte: adaptado de Lakhal et al. (2006)

Através da análise qualitativa às entrevistas realizadas nos dois hospitais, integrando a informação dos vários entrevistados, foi possível identificar quais as práticas existentes e, para cada uma destas, qual a caracterização do seu nível de desenvolvimento, o que nos permitiu obter uma melhor exploração dos casos e preparar a futura ligação dos dados das práticas de gestão da qualidade à cultura organizacional.

Para além desta metodologia ter um efeito de expansão sobre o âmbito do estudo, pela utilização de diferentes métodos em diferentes componentes, a sua componente qualitativa tem um papel relevante nas fases de concepção do próprio instrumento de inquérito e na análise dos dados quantitativos, nesta última auxiliando a sua interpretação e a clarificação dos

resultados qualitativos, permitindo gerar conclusões e criar teoria de maior robustez (Miles e Huberman 1994).

A análise qualitativa das entrevistas e o seu tratamento foi realizado com base em procedimentos sugeridos pelos supra referidos autores. Estes referem que uma análise diagramática dos dados permite ao analista uma melhor visão do todo, uma perspectiva de várias variáveis em simultâneo e, mais do que a organização, permite uma maior eficácia na fundamental redução dos dados.

A estrutura do próprio guião da entrevista (anexo D) permitiu o registo sistemático das respostas de cada entrevistado, posicionando-as já de acordo com uma primeira organização temática, como exemplificado na figura 6:

Figura 6 - Estruturação dos Dados das Entrevistas (excerto)

Medição do Grau de Uso das Práticas de Gestão da Qualidade na Organização				
Recolha de Dados das Entrevistas (Hospital xxxxx)				
Codificação dos respondentes				
Código	Hospital	Nome	Serviço	Função
xxx	xxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	Director
xxx	Xxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	Enf. Chefe
xxx	Xxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	Director
(...)				
B1) Como evoluiu a gestão da qualidade ao longo do tempo ?				
xxx: antes da acreditação, a organização do trabalho era realizada primariamente por equipas clínicas; já existia uma aposta na investigação e no desenvolvimento pessoal; houve uma evolução clara para uma avaliação da eficácia dos processos, através da análise de indicadores e já existe uma considerável tradição de transversalidade entre os Serviços.				
xxx: claramente evoluiu ao longo dos tempos, com um claro investimento na sistematização das boas práticas.				
xxx: o Projecto de Acreditação foi encarado como um “guião da Mudança; temáticas novas surgiram em 2001 (os próprios conceitos eram novos); a apropriação foi complexa, com uma forte necessidade de ser reconhecida/aceite.				
xxx: a acreditação foi como um “laboratório de gestão”, que criou um novo racional na organização; desenvolveu-se bastante a vertente da comunicação e a reflexão sobre “o que se fez”. Actualmente os diferentes Serviços estão também mais equiparados ao nível de estádios de desenvolvimento.				
(...)				
B2) Quais foram/são os factores de maior impacto nesse desenvolvimento ?				
xxx: Envolvimento das pessoas, com “pivot’s” nos vários “Serviços”. Criação do xxxxx em 2005. Já não existe o sentimento de auditoria = avaliação. Todos os grupos mostram interesse pelos assuntos transversais (risco, harmonização, ...). Mudanças operativas reais (e rapidamente) ajudou a minimizar resistências. Grande proximidade aos doentes.				
xxx: O envolvimento da gestão de topo foi determinante. Capacidade de organização. Dinâmica da “operação”. Capacidade de criar motivação nos profissionais. Estabelecimento de metas. Motivação de avaliação externa. Os profissionais ganharam uma “nova voz”, com importância de serem ouvidos e de participarem. Existiram áreas específicas potenciadas graças ao SGQ (RH, infraestruturas, ...)				

xxx: alterações nas estruturas (reequipamento de serviços, alterações de layout's, ...). Criação de processos críticos (gestão de risco, segurança, clínicos, ...). As auditorias internas foram completamente novas (programas anuais, formação de auditores internos, ...). Mudança "com as pessoas". Formação em sala (mandatória pelo sistema de acreditação ou não). Proximidade dos profissionais/partilha/envolvimento real das Operações nos processos. Sensibilização das bases.
(...)

Os dados das entrevistas foram então analisados e classificados à luz de um conjunto de códigos (semelhantes em ambos os hospitais), representativo e alocado a cada uma das práticas de gestão da qualidade. Esta abordagem veio reforçar a cadeia de evidência para a medição do nível de uso das práticas e também permite uma maior probabilidade de replicação da investigação, em outros casos ou por outros investigadores.

A figura 7 apresenta a ligação entre as práticas de gestão da qualidade e os referidos códigos de classificação:

Figura 7 - Práticas de Gestão da Qualidade e Códigos de Classificação

<u>Práticas Gestão da Qualidade</u>	<u>Códigos (unidades de classificação temática)</u>
Empenhamento e suporte da gestão de topo	Envolvimento activo da Direcção Direcção encoraja o desenvolvimento Transmissão da mensagem (líderes - stakeholders)
Organização para a qualidade	Factores de sucesso da organização Pontos fracos da organização Factores de sucesso no desenvolvimento qualidade
Formação dos colaboradores	Aferição dos requisitos de recursos humanos Formação Factores de apreciação do sucesso (colaboradores)
Participação dos colaboradores	Encorajamento à participação e envolvimento Participação no atingimento dos objectivos organizacionais
Gestão da qualidade dos fornecedores	Processos críticos na prestação de serviços de fornecedores Requisitos de SGQ a terceiros
Focalização no cliente	Exigências e expectativas dos pacientes Factores de sucesso na ligação ao cliente Factores constrangimento na ligação ao cliente Impacto nos serviços de saúde prestados Benchmarking do mercado (processos clínicos) Gestão de sugestões do cliente Informação partilhada com paciente e familiares

Figura 7 - Práticas de Gestão da Qualidade e Códigos de Classificação (continuação)

<u>Práticas Gestão da Qualidade</u>	<u>Códigos (unidades de classificação temática)</u>
Suporte contínuo	Enquadramento da actividade da organização Recursos organizacionais alocados à qualidade
Melhoria do sistema de qualidade	Qualidade integrada e melhoria contínua Identificação dos processos críticos Indicadores-chave de desempenho organizacional Evolução da qualidade
Informação e análise	Recolha, análise e partilha de dados Impacto S.I. nos processos de tratamento
Utilização de técnicas estatísticas	Técnicas de análise estatística Gestão de indicadores clínicos Gestão de indicadores de suporte

O passo seguinte, no interior de cada caso, consistiu numa tática de geração de significado que Miles e Huberman (1994, p.246) designam de identificação de temas e da sua ligação, através da codificação referenciada, às práticas de gestão da qualidade. Podemos verificar uma ilustração desse processo na figura 8:

Figura 8 - Identificação temática - ilustração (hospital A, duas práticas)

<u>Práticas</u>	<u>Códigos</u>	<u>Temáticas/ideias-chave nos dados das entrevistas</u>
Melhoria do sistema de qualidade	Evolução da qualidade	Traduzida na eficácia dos processos Garantida a sistematização das boas práticas Novo racional na organização Maior sucesso na comunicação Melhor análise/reflexão dos problemas Governança clínica tem influência SGQ Nova cultura organizacional
		Maior normalização e integração Auditoria e gestão de processos clínicos Minimização de erros na origem Prescrições electrónicas
		Área de melhoria possível (ex.integração e cruzamento dados) IQIP - a melhorar p/ actividade clínica Indicadores dos Contratos-Programa dos Hospitais SA Resultados geram acções, como alterações de políticas e procedimentos
	Indicadores-chave de desempenho organizacional	
Focalização no cliente	Exigências e expectativas dos pacientes	Reconhecimento de excelência (pares e pacientes) Bom acolhimento à pacientes e familiares Muito reconhecido esforço de seguimento e acolhimento
	Impacto nos serviços de saúde prestados	"Programa de Acompanhante" "Acolhimento ao paciente" "Percorso integrado do doente"
	Gestão de sugestões do cliente	Sistema de sugestões geral Avaliações específicas do grau de satisfação do doente Gab. Apoio ao Utente faz ligação sugestões aos Serviços Publicação das melhorias alcançadas em zonas públicas
	Benchmarking do mercado	Inquéritos de satisfação aos doentes (Obtido em) participação em congressos e reuniões científicas Partilha de técnicos inter-hospitais Benchmarking com indicadores clínicos internacionais
	Informação partilhada com paciente e familiares	Informação de admissão específica por Serviço Materiais informativos várias fases do processo Follow-up's telefónicos da equipa enfermagem Útil maior aposta no marketing interno Partilha de informação na internet (necessita mais dinâmica) Muito individualizado mas c/ espaço de melhoria na "consistência"

Após classificar os dados matricialmente, por caso e prática, estes sumários de dados foram posicionados lado a lado. Esta representação diagramática, que Miles e Huberman (1994, p.177-180) designam de “Partially Ordered Meta Matrix” vai facilitar a aplicação de outra tática de geração de significado - a realização de comparações entre casos (idem, p.254), como apresentado num excerto dessa tabela:

Figura 9 - “Partially Ordered Meta Matrix” para Comparação dos Casos (excerto)

<u>Práticas Gestão da Qualidade</u>	<u>Códigos e temas/ideias-chave</u>	
	<u>Hospital A</u>	<u>Hospital B</u>
Focalização no cliente	<p><i>Exigências e expectativas dos pacientes</i> Reconhecimento de excelência (pares e pacientes) Bom acolhimento à pacientes e familiares Muito reconhecido esforço de seguimento e acolhimento <i>Impacto nos serviços de saúde prestados</i> “Programa de Acompanhante” “Acolhimento ao paciente” “Percurso integrado do doente”</p> <p><i>Gestão de sugestões do cliente</i> Sistema de sugestões geral Avaliações específicas do grau de satisfação do doente Gab. Apoio ao Utente faz ligação sugestões aos Serviços Publicação das melhorias alcançadas em zonas públicas</p> <p><i>Benchmarking do mercado</i> Inquéritos de satisfação aos doentes Benchmarking obtido em participação em Congressos e reuniões científicas Partilha de técnicos inter-hospitais Benchmarking com indicadores clínicos internacionais</p> <p><i>Informação partilhada com paciente e familiares</i> Informação de admissão específica por Serviço Materiais informativos várias fases do processo Follow-ups telefónicos da equipa enfermagem Útil maior aposta no marketing interno Partilha de informação na internet (necessita mais dinâmica) Muito individualizado mas c/ espaço de melhoria na “consistência”</p>	<p><i>Exigências e expectativas dos pacientes</i> Separação internamento / ambulatório</p> <p><i>Impacto nos serviços de saúde prestados</i> Exigências migraram outro nível de satisfação Qualidade a montante e jusante do acto médico Agendas integradas das várias etapas serviço Aumento percepção qualidade actos administrativos Optimização das variáveis de atendimento</p> <p><i>Gestão de sugestões do cliente</i> Acções correctivas visíveis para o paciente Liderança do Gabinete do Utente Inquéritos de satisfação transversais</p> <p><i>Benchmarking do mercado</i> Reuniões nacionais de especialidades Benchmarking das práticas internacionais</p> <p><i>Informação partilhada com paciente e familiares</i> Acompanhamento telefónico de prescrições Manual de acolhimento entregue na 1ª consulta Ecrãs informativos salas de espera (+ internet)</p>
Melhoria do sistema de qualidade	<p><i>Evolução da qualidade</i> Traduzida na eficácia dos processos Garantida a sistematização das boas práticas Novo racional na organização Maior sucesso na comunicação Melhor análise/reflexão dos problemas Governança clínica tem influência SGQ Nova cultura organizacional Maior normalização e integração</p> <p><i>Qualidade integrada e melhoria contínua</i> Auditoria e gestão de processos clínicos Minimização de erros na origem Prescrições electrónicas</p> <p><i>Indicadores-chave de desempenho organizacional</i> Área de melhoria possível (ex. integração e cruzamento dados) Indicadores IQIP - a melhorar p/ actividade clínica Indicadores dos Contratos-Programa dos Hospitais Resultados geram acções, como alterações de políticas e procedimentos</p>	<p><i>Evolução da qualidade</i> Processo planeado de evolução de modelos de GQ ISO9000 - King's Fund - Metodologia Kaizen Mecanismos de monitorização foram potenciados Directores de Serviço colaborativos na vertente prática SGQ Forte preocupação conformidade dos processos e sua evolução Enfermeiros vocacionados para trabalho transversal Algumas opiniões que menor formalismo seria útil</p> <p><i>Qualidade integrada e melhoria contínua</i> Projecto Lince - revisão e monitorização de processos Re-análise de processos - Projecto Kaizen</p> <p><i>Indicadores-chave de desempenho organizacional</i> Majoritariamente quantitativos</p> <p>Auditorias clínicas Indicadores clínicos Análise de casos Linhas de orientação internacionais IAssist - análises e projecções clínicas IQIP (International Quality Indicator Project) Análise de episódios - melhor análise causa-efeito Dir.Serviço colaborativos faz papel dos indicadores</p>

Esta revelar-se-á fundamental para identificar, por comparação directa, qual dos casos (que hospital) apresenta maior desenvolvimento de determinada prática de gestão da qualidade, cuja análise apresentamos de seguida.

Empenhamento e suporte da gestão de topo

No **Hospital A** é patente uma maior proximidade entre os elementos da Direcção Médica e da Direcção de Enfermagem, que comunicam activamente no sentido do cuidado aos pacientes, o que conduz a um envolvimento mais activo - e, principalmente, mais integrado - no SGQ. Reconhece-se também uma eficaz e recorrente comunicação entre os órgãos de gestão (Conselho de Administração) e as Operações, e ao envolvimento destes no SGQ, ao que não será alheio ao facto dos Administradores terem pertencido ao designado “Grupo da Qualidade”. A Gestão encoraja ainda um maior desenvolvimento, garantindo a presença de representantes de cada serviço em grupos da qualidade e dinamizando uma mais eficaz transmissão da informação aos diferentes *stakeholders*.

Embora a informação transmitida pelos entrevistados no **Hospital B** traduza evidências de que existe uma eficaz participação da gestão de topo nas iniciativas da qualidade (reuniões regulares, *workshops*, reuniões de Direcção), esta não reflecte um envolvimento no sentido tão amplo de liderança como no Hospital A (onde existe uma maior participação activa da gestão de topo no próprio planeamento, implementação, acompanhamento e nas acções de melhoria do sistema).

A análise dos dados leva-nos a considerar que existe um desenvolvimento diferenciado desta prática no Hospital A, comparativamente ao Hospital B.

Organização para a qualidade

No **Hospital A** é reconhecido um investimento na gestão de processos e existe sensibilidade para a importância desta na qualidade do serviço. Organização focalizada em metas, indicadores e procedimentos operativos e de suporte são elementos comuns no dia-a-dia dos colaboradores, a sistematização dos processos críticos e o novo modelo de auditorias internas são alguns dos elementos-chave que sobressaem dos dados obtidos pelas entrevistas.

Porém, o **Hospital B**, embora evidenciando uma realidade idêntica à supra descrita para o Hospital A, destaca-se ao nível de uma maior normalização de práticas, por exemplo com (ainda) maior relevância dos processos de gestão do risco e da segurança, e uma maior sistematização de regras e princípios. Embora sejam ambos hospitais “maduros”, quanto aos respectivos SGQ, no Hospital B encontrámos algumas evidências de maior ligação do ciclo de

auditoria clínica ao processo de *Clinical Governance*, assim como a projectos de *Lean Management* e com o Instituto *Kaizen*, o que traduz uma maior evolução do Sistema e, face à análise comparativa dos dados, nos leva a propor o Hospital B como denotando um desenvolvimento diferenciado desta prática.

Formação dos colaboradores

Analisando os dados das entrevistas, é relativamente fácil verificar que os últimos anos viram surgir um investimento na formação em ambos os hospitais. No entanto, existem diferenças entre ambos. No **Hospital A**, a formação contínua encontra-se num patamar superior de desenvolvimento, não tanto pelo portfólio formativo para o corpo clínico, embora elevado, mas particularmente pela introdução dos conceitos de formação obrigatória e recomendada e por acções de formação comportamental para Auxiliares. Por seu lado, a generalidade dos entrevistados do **Hospital B** considera que a formação disponibilizada é demasiado generalista (não científica) e que a investigação não é fomentada de forma sistemática, o que nos leva a considerar que existirá um desenvolvimento diferenciado desta prática no Hospital A.

Participação dos colaboradores

Tal como na formação, também nos foi possível considerar, à luz dos dados recolhidos, que em ambos os hospitais se conseguiu um nível interessante de participação por parte dos diferentes grupos funcionais. No **Hospital B**, reconhece-se que esta participação atinge inclusivamente o nível dos objectivos organizacionais/institucionais e que o corpo clínico se interessa já por algumas actividades não-médicas (embora ainda de forma exígua). No entanto, transversalmente - o que incide sobre a desejada eficiência da gestão dos processos - não só se reconhecem dificuldades de comunicação como inclusivamente de obtenção da informação. Por seu lado, no **Hospital A**, destaca-se um maior encorajamento à participação e envolvimento dos colaboradores, quer em novos projectos quer em actividades correntes e, como reforçado adiante, também com bons resultados no grupo Médicos. É mais visível o papel de líder do Director de Serviço, tendo-se desenvolvido um sentimento de auto-estima na organização, reforçando-se o feedback positivo e o elogio, o que contribui para aumentar o espírito de pertença. Simultaneamente, denota-se um reforço da comunicação o que, pela

partilha de informações nas entrevistas, nos sugere a contribuição para uma maior actuação sem medo de errar e a um voluntarismo na participação (os colaboradores "querem saber mais sobre") e que, numa análise comparativa dos dados, nos leva a propor o Hospital A como denotando um desenvolvimento diferenciado desta prática.

Focalização no cliente

Ambos os hospitais asseguram actividades e recursos no sentido do alinhamento com as necessidades explícitas ou implícitas do paciente, enquanto base do SGQ. Por exemplo, programas de sugestões em que as acções correctivas e de melhoria são visíveis para o paciente, gabinetes de apoio ao utente, cuja actuação ultrapassa o âmbito do próprio hospital e manuais de acolhimento integrados e/ou por serviço. Porém, no **Hospital A** denota-se um maior investimento num esforço de seguimento e acolhimento dos pacientes e seus familiares, com o consequente bom acolhimento e elevado reconhecimento de excelência por parte destes, como são exemplos o “Programa de Acompanhante”, o “Percurso Integrado do Doente” ou os telefonemas de acompanhamento pós-intervenção, pela equipa de enfermagem. Tais procedimentos específicos são inexistentes no **Hospital B**, pelo que cremos correcto posicionar o Hospital A num patamar de desenvolvimento diferenciado desta prática.

Melhoria do sistema de qualidade

A selecção dos hospitais enquanto “casos” implicou, desde o primeiro momento, que ambos possuíssem, entre outros factores, SGQ maduros, com vários anos de desenvolvimento.

Todos os entrevistados reconhecem o novo “racional de organização” que foi sendo desenvolvido ao longo dos anos, por inerência à mudança de valores pelos colaboradores. Complementarmente, os processos de auditoria e gestão de processos clínicos e os indicadores-chave de desempenho a estes associados, são um valor acrescentado em ambos os casos.

O **Hospital B** denota um processo mais estruturado de evolução da gestão da qualidade, passando por vários modelos nesse sentido: ISO9000, King's Fund, metodologia Kaizen (que conduziu a uma revisão / reanálise de processos e à criação de mecanismos para a sua monitorização). Esta opção contribuiu também para um maior desenvolvimento da estrutura de indicadores-chave de desempenho organizacional, com a coexistência de vários sistemas de

indicadores de análise e projecções clínicas, indicadores internacionais de qualidade (na área hospitalar) e com uma relevante análise de episódios que potenciaram uma melhor análise causa-efeito. Esta realidade contribuiu para um posicionamento mais colaborativo dos Directores de Serviço face ao papel dos indicadores e à vertente prática (impacte clínico) do SGQ. As entrevistas a diferentes Directores de Serviços Clínicos permitiram ainda perceber que existe uma relevante preocupação em definir a actuar com base na conformidade de processos no interior dos seus próprios Serviços. Não é, no entanto, de menosprezar, que ficou igualmente patente nas entrevistas a existência de um grupo substantivo de médicos que considera o SGQ excessivamente formal e se sentem pouco vocacionados para este.

No geral, observando o esforço evolutivo continuado na melhoria do sistema, tal leva-nos a considerar que existe um desenvolvimento diferenciado desta prática no Hospital B, comparativamente ao Hospital A, onde este tipo de abordagens são um pouco mais incipientes, não existindo certificação ISO9000.

Gestão da qualidade dos fornecedores e utilização de técnicas estatísticas

Embora os requisitos dos sistemas de Acreditação que consubstanciam os SGQ destes hospitais prevejam a necessidade de gerir o processo e as actividades de fornecimento de bens e serviços por terceiros, o que realmente sucede na prática, os dados recolhidos nas entrevistas não permitiram identificar uma intenção explícita no sentido de garantir a qualidade a montante da estrutura organizacional, ou seja, nos processos, actividades, produtos/serviços e recursos humanos dos fornecedores.

De igual modo, embora coexistam acções de benchmarking com outras organizações nacionais e internacionais, painéis de indicadores e análise de processos, não foi possível comprovar a utilização de métodos e técnicas estatísticas, de forma intensa e continuada, para a quantificação e controlo da qualidade.

Informação e análise

Analisando os dados das entrevistas, verifica-se que em ambos os hospitais existem e são utilizados os recursos necessários à gestão e disponibilização da informação crítica exigível para responder às necessidades reais ou potenciais dos pacientes, de forma muito

equiparável. Assim, reconhecendo a complexidade do contexto em questão (a este respeito, refira-se que existem determinados processos em que um paciente está sujeito a quase 200 interações diárias), é positivo que os processos clínicos sejam pilotados e/ou validados pela Direcção Clínica ou órgão equiparável. Adicionalmente, reuniões operacionais semanais e/ou diárias de início de turno auxiliam o processo de partilha da informação crítica, cuja base reside em repositórios de sistemas de informação, que permitem gerir *pool's* de recursos (por exemplo, a geração de cronogramas de consulta externa, a gestão de listas de espera ou de *output's* de imagiologia e análises clínicas). São disponibilizados indicadores de gestão periódicos e criadas prescrições electrónicas, entre outros exemplos de optimização. A *intranet* é um meio privilegiado de aceder e partilhar informação nas unidades e com o restante hospital, sendo que, no geral, os sistemas de informação estão bem desenvolvidos, embora com maior relevância intra-unidades e menos transversalmente na organização. Neste cenário, e após termos comprovado uma semelhança substancial neste domínio em ambos os hospitais, consideramos que se posicionam num patamar de equiparação face a esta prática.

Suporte contínuo

De igual modo, ambos os hospitais possuem unidades orgânicas cuja missão consiste em assegurar um esforço continuado de coordenação da melhoria contínua dos serviços, através de departamentos/serviços de gestão da qualidade, órgãos de *interface* entre a equipa clínica e a gestão da qualidade, assim como grupos de trabalho dedicados a este domínio, razões pelas quais entendemos que no que respeita a esta prática, os hospitais se posicionam igualmente numa situação de equivalência.

A tabela 36 sumaria os resultados obtidos, descritos anteriormente, e o diferencial entre hospitais, balizados pelas práticas de gestão da qualidade identificadas como referência:

Tabela 36 - Práticas de gestão da qualidade e seu desenvolvimento, por hospital

Práticas de gestão da qualidade	Nível de Desenvolvimento Inter-Hospitais	
	Hospital A	Hospital B
Empenhamento e suporte da gestão de topo	↑	✓
Organização para a qualidade	✓	↑
Formação dos colaboradores	↑	✓
Participação dos colaboradores	↑	✓
Gestão da qualidade dos fornecedores	---	---
Focalização no cliente	↑	✓
Suporte contínuo	✓	✓
Melhoria do sistema de qualidade	✓	↑
Informação e análise	✓	✓
Utilização de técnicas estatísticas	---	---

- Legenda:
- ✓ prática existente na organização; símbolo idêntico em ambos os hospitais indica um nível de desenvolvimento similar desta.
 - ↑ prática de gestão da qualidade destaca-se num dos hospitais.
 - não foi evidenciado um nível de desenvolvimento relevante da prática.

4.3 - Discussão

Este estudo teve como objectivo investigar a interacção entre a cultura organizacional e o sistema de gestão da qualidade, na área hospitalar, através de um múltiplo estudo de caso, conduzido em dois hospitais centrais portugueses.

A análise dos dados originou um conjunto variado de resultados, nas vertentes da cultura organizacional e das práticas de gestão da qualidade que pretendemos contribuam para o conhecimento, académico e dos profissionais, no sentido de maximizar o processo de implementação da gestão da qualidade, através do reconhecimento das variáveis culturais e do seu papel neste.

Consideremos então a discussão à luz do problema de investigação, de acordo com os seus elementos constituintes, abordando, inicialmente, a vertente da dimensionalidade da cultura organizacional e da intensidade das dimensões, entre os hospitais.

Em primeiro lugar, preocupamo-nos em conhecer a potencial relevância da variável “Organização”: através da análise estatística multivariada, começamos por agrupar as variáveis de cultura organizacional em factores e procuramos obter evidências se, para estes, a “organização” não exercia um efeito de condicionamento nas práticas percebidas. Tal confirmou-se em todos os factores, com excepção de “Sistema Organizativo” e “Orientação para a Mudança”, que foram como tal eliminados (tabela 15). Isolamos, assim, seis dimensões de cultura organizacional comuns aos hospitais estudados: “inovação”, “planeamento e flexibilidade”, “orientação para a melhoria contínua”, “orientação para o cliente e competências”, “comunicação” e “motivação e envolvimento”.

De seguida, focalizamo-nos na estrutura da cultura organizacional, tendo sido importante confirmar se existiriam diferenças específicas na cultura organizacional nos dois hospitais. Para tal, analisamos as variáveis identificadas e concluímos que no hospital A existem indícios que nos podem levar a afirmar a existência de uma “cultura forte”, no sentido que não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões culturais entre os diferentes grupos funcionais do hospital (tabela 28). Por seu lado, no hospital B, a generalidade das dimensões culturais é relativamente diferente entre os seus grupos funcionais e, em especial, nos mais relevantes operacionalmente, médicos e enfermeiros, sendo que as médias obtidas pelos enfermeiros são sempre superiores às constatadas no grupo funcional médicos (tabela 29).

Comparando as médias dos dois hospitais, verificamos existir apenas uma diferença significativa na variável “v_melhor” (que traduz a preferência e o empenho contínuo pela melhoria e pela excelência), que é aquela onde ambos atingem uma média mais elevada, mas também onde existe um maior diferencial (tabela 30). Quando se introduz a variável idade como concomitante, essa diferença deixa de existir.

Pretendemos analisar com maior detalhe as dimensões de cultura organizacional em relação aos diferentes grupos funcionais, pois no contexto hospitalar são reconhecidas diferenças substanciais entre estes. Constatamos diferenças em algumas variáveis de cultura nos grupos

técnicos e auxiliares, que desaparecem quando são inseridas variáveis demográficas como concomitantes, respectivamente “idade” e “género”. No grupo médicos, após correcção pela utilização das variáveis “antiguidade” e “experiência profissional” como concomitantes, verifica-se que a variável “organização” passa a ter um papel muito relevante nas diferenças registadas nesse grupo. Por último, observando as médias no grupo funcional médicos, o hospital A é sempre superior ao hospital B em todas as dimensões de cultura organizacional (tabela 34).

Para responder à pergunta de investigação é fundamental a reflexão específica e conclusiva sobre a caracterização da cultura organizacional em cada hospital e as suas potenciais implicações sobre diferentes desenvolvimentos das práticas de gestão da qualidade.

O **hospital A** destaca-se nas práticas de gestão da qualidade “empenhamento e suporte da gestão de topo”, “formação dos colaboradores”, “participação dos colaboradores” e “focalização no cliente”. A análise dos dados qualitativos permite-nos acreditar numa maior proximidade entre os elementos da Direcção Médica e de Enfermagem e um envolvimento mais activo e integrado no SGQ, assim como uma eficaz e eficiente comunicação entre os órgãos de gestão e as Operações e ao envolvimento destes no SGQ, gerando encorajamento activo ao desenvolvimento, o que é reforçado pela intensidade das dimensões culturais “Orientação para a melhoria contínua”, “Comunicação” e “Motivação e envolvimento” (tabela 25). Os dados qualitativos realçam também que a aposta na formação contínua é mais evidente, sendo reconhecida como tal pelo corpo clínico e também devido aos conceitos de formação obrigatória e recomendada e por acções de formação comportamental para grupos que habitualmente são menos “elegíveis” para estes conteúdos, como é o caso do grupo auxiliares. Paralelamente, percepção-se um maior encorajamento à participação e ao envolvimento dos colaboradores e, como referimos, inclusivamente com bons resultados no grupo médicos existindo, pelas informações obtidas nas entrevistas, um verdadeiro sentimento de auto-estima, de pertença e voluntarismo na participação. Por último, verifica-se um maior investimento num esforço de seguimento e acolhimento dos pacientes e seus familiares, o que é explícita e formalmente reconhecido por estes, do qual são bons exemplos de actividades o “Programa de Acompanhante”, o “Percurso Integrado do Doente” ou os telefonemas de acompanhamento pós-intervenção, pela equipa de enfermagem. Após a análise integrada dos resultados, com

base no referido anteriormente, cremos que as práticas que evidenciam melhor desenvolvimento no hospital A, em especial as de “empenhamento e suporte da gestão de topo” e “participação dos colaboradores”, muito devem ao reforço continuado dos valores colaborativos por parte da gestão (sendo que a Administração participa activamente no próprio “Grupo da Qualidade”) e, em especial, às atitudes e comportamentos recorrentes de envolvimento e de evidenciar de valor do sistema, por parte dos elementos das estruturas transversais qualidade/clínicas perante as equipas médicas. Acreditamos que estas circunstâncias, ao longo do tempo, provocaram um quadro mental de aceitação, reconhecimento e envolvimento no Sistema de Gestão da Qualidade, de toda a organização e, particularmente, do grupo funcional médicos.

O **hospital B** destaca-se nas práticas “organização para a qualidade” e “melhoria do sistema da qualidade”. Existe um grande investimento na acreditação e certificação, patente nos vários serviços certificados pela norma ISO 9000 ao longo dos últimos dez anos. Os dados obtidos permitiram evidenciar um grande e continuado esforço nos processos formais, na normalização de práticas, regras e princípios operativos, directos e de suporte, tal como de uma maior ligação do ciclo de auditoria clínica ao processo de *Clinical Governance*, a uma activa procura de redefinição de processos, com projectos de *Lean Management* com o Instituto *Kaizen*, o que traduz uma maior evolução do sistema. Acreditamos que esta opção contribuiu para o acentuado desenvolvimento de mecanismos de monitorização do desempenho organizacional, com a coexistência de vários sistemas de indicadores e projecções clínicas, indicadores internacionais de qualidade (na área hospitalar) e com um relevante estudo de episódios que potenciaram uma melhor análise causa-efeito. Após a análise integrada dos resultados, cremos que as práticas que evidenciam melhor desenvolvimento no hospital B surgem no contexto de uma opção de criação de conformidade associada ao domínio técnico especializado, com uma abordagem mais verticalizada (por serviço/unidade) do SGQ. Usufruiu-se, assim, das elevadas competências de cada unidade para assegurar, prioritariamente, o cumprimento dos “requisitos internos de qualidade” desta, seja na óptica da prestação de cuidados ao paciente, seja da prestação de serviços ao cliente interno. Este tipo de abordagem têm inerentes vantagens na perspectiva funcional de cada unidade e fundamenta uma tríade

regras/reflexão/princípios, orientada para um menor risco e uma maior segurança para o paciente. Na vertente da cultura organizacional, acreditamos ser credível referir que o privilegiar de valores sólidos de conformidade, adaptou-se bem à maior tendência dos médicos para traduzirem a sua motivação, estrutura relacional e autoridade maioritariamente com a classe médica e na óptica da sua especialidade e unidade funcional, pois fica muito próxima da perspectiva de “qualidade do acto médico” (em linha com conclusões de outros estudos anteriormente referenciados). Porém, os resultados da análise das entrevistas comprovam que pelo menos uma parte do grupo médicos percepção que este nível de formalismo tem pouco valor acrescentado e que, mesmo com o elevado nível de desenvolvimento dos sistemas de informação, a comunicação e a obtenção de informação nas áreas transversais é difícil, o que perspectiva a possibilidade destas estarem mais dependentes dos valores culturais de cooperação e envolvimento do que da infra-estrutura tecnológica e procedimental.

Capítulo 5 - Conclusões

Ao longo da revisão de literatura desta investigação, recolhemos evidências teóricas da importância da cultura organizacional nos sistemas de gestão da qualidade (Klein et al 1995; Chang e Wiebe 1996; Mallack et al 1997; Zeitz et al 1997; Dellana e Hauser 1999; Tata e Prasad 1998; Pool 2000; Detert et al 2000; Sousa-Poza et al 2001; Maull et al. 2001; Sureshchandar et al 2001; Detert et al 2003; Ambroz 2004; Miron et al 2004; Jabnoun e Sedrani 2005; Prajogo e McDermott 2005; Zhao et al 2007).

Confirmámos, igualmente, a importância de investigar as relações entre a cultura e a gestão da qualidade na área hospitalar o que, perante a natureza fortemente contextual destes serviços de saúde (Mannion et al. 2008), em associação à concepção de semelhante dependência do contexto das práticas de gestão da qualidade (Sousa e Voss 2002), reforça o valor da investigação encetada.

Na parte empírica deste estudo, procurámos evidências desta relação, planeando e conduzindo a investigação numa génese metodológica alicerçada em dados de natureza qualitativa e quantitativa, evidenciada em estudos na área da saúde (Scott et al 2003).

Com base nos resultados e na discussão destes concretizada no capítulo 4, concluiremos agora com um sumário da investigação, consolidando o necessário contributo teórico e empírico deste estudo.

5.1 - Sumário da Investigação

Considerando os resultados obtidos, não tendo existido intenção em promover uma tentativa de generalização desde nos dois hospitais estudados, a exploração dos casos à luz da literatura sobre o desenvolvimento das práticas de gestão da qualidade na dependência do contexto (Sousa e Voss 2002), faz-nos reflectir sobre as dimensões culturais, a sua intensidade e as práticas do SGQ encontradas nestes casos.

Ao longo da realização dos estudos de caso, procurámos compreender e obter evidências empíricas sobre a ligação entre as dimensões de cultura organizacional e as práticas da qualidade.

Considerando o nosso problema de investigação e perante os casos estudados, concluímos que a “organização” não exerce um efeito de condicionamento das dimensões de cultura organizacional. Porém, enquanto no hospital A existe um “cultura forte” - os valores centrais da organização são partilhados com abrangência e intensidade elevada semelhante em todos os grupos funcionais - no hospital B tal não sucede.

Quando analisámos a referida intensidade de forma comparativa, e se excluirmos as diferenças justificadas pela estrutura amostral, a diferença relevante de intensidade das variáveis de cultura organizacional entre hospitais reside no grupo médicos, principalmente reflectida nas dimensões “orientação para a inovação”, “orientação para o cliente” e “comunicação”.

Assim, enquanto no hospital A, este grupo funcional reflecte um conjunto de valores, crenças e pressupostos que o aproxima dos restantes grupos funcionais, em especial dos enfermeiros, tradicionalmente mais envolvidos e sensibilizados para uma intervenção integrada e transversal na organização, no hospital B os dados obtidos levam-nos a equacionar a existência de um conjunto diferenciado de valores e crenças para este grupo profissional (como referenciado em Huq e Martin (2000) e em Davies et al (2000)).

Com o incremento do conhecimento das organizações estudadas, não só pela interacção realizada no terreno ao longo do estudo de caso, mas principalmente à luz da análise qualitativa da gestão da qualidade, acreditamos existirem fortes indícios que o fundamento para esta diferença se encontra numa aposta, ao longo de vários anos, na existência de estruturas transversais de coordenação e ligação entre a gestão da qualidade e os serviços de natureza operacionais (no caso, um Gabinete de Administração Clínica). Este, com uma liderança médica, tem desenvolvido um papel de mobilização dos Directores de Serviço e equipas médicas, na sua sensibilização e envolvimento para a gestão da qualidade e no sentido de uma cultura de serviço integrado de excelência ao paciente que, ao longo do tempo, permitiu a alteração de valores e pressupostos culturais.

Estas evidências encontram-se no alinhamento do já referenciado em outros estudos de ligação cultura/ qualidade na área hospitalar (Huq e Martin 2000), pois como referido por Sousa (2010, p.24), “os profissionais de saúde tendem a caracterizar a qualidade mais em termos dos atributos e resultados dos cuidados prestados e da efectividade dos mesmos”.

Igualmente relevante foi a vantagem de conseguir a transposição e maximização da cultura de excelência da qualidade do tratamento, aferida e patente nos longos anos de experiência de implementação de auditorias clínicas, para uma visão de excelência de um serviço integrado ao paciente. Neste esforço não será menosprezável o perfil dos responsáveis por essa dinâmica, sendo que a reunião de competências clínicas (“o ser médico”) com uma elevada sensibilidade e crença na filosofia da qualidade terá tido possivelmente influência na transmissão dos valores e na forma como estes são interiorizados pelas equipas médicas (em linha com conclusões de Davies et al (2000) e Huq e Martin (2000)).

É muito provável que, com a completa sensibilidade, envolvimento e compreensão da cadeia de valor do sistema de gestão da qualidade por parte do grupo médicos, seja possível assegurar uma qualidade integrada a montante e a jusante do acto médico, como apresentado na investigação de Mannion et al (2008). O reforço destes valores ao longo do tempo, pelo impacto longitudinal recorrente e pela demonstração contínua de valor para os intervenientes (médicos) pode conduzir à alteração do quadro mental dos colaboradores e, por inerência, a alterações nos seus valores, crenças e pressupostos pessoais, o que nos permite o alinhamento com a perspectiva conceptual de cultura organizacional a que nos associamos nesta investigação - a de cultura enquanto metáfora, um quadro mental transposto em sub-culturas e cuja mudança implica a alteração de valores de cada elemento do grupo (Smircich 1983), numa específica dependência do contexto (Mannion et al 2008).

Por outro lado, conceber e implementar o sistema de gestão da qualidade numa perspectiva mais formal pode resultar num bom alinhamento com os valores mais “tradicionais” (não generalizáveis) do grupo médicos, em estruturas profissionais bem demarcadas e com um maior distanciamento de uma visão transversal da organização e da cooperação inter-unidades. Mas esta abordagem, que poderá resultar numa perspectiva de curto prazo e de

conformidade, dificilmente obterá tão bons resultados num contexto de melhoria contínua e de excelência, assente numa qualidade integrada da prestação do serviço ao paciente.

Pelo apresentado, e no contexto do nosso problema de investigação, acreditamos credível a existência de uma relação entre uma maior abrangência e intensidade das dimensões de cultura organizacional anteriormente referidas e o facto de no hospital A se destacarem um conjunto de práticas de gestão da qualidade mais direccionadas para o cliente e os recursos humanos, como o “empenhamento e suporte da gestão de topo”, a “formação dos colaboradores”, a “participação dos colaboradores” e a “focalização no cliente”. Por seu lado, cremos que a inexistência de tão relevante relação manteve, no hospital B, a focalização na abordagem de formalização e procedimental do SGQ, reflectida num maior grau de uso das práticas de “organização para a qualidade” e “melhoria do sistema da qualidade”.

Embora os hospitais sejam casos de sucesso na implementação dos respectivos SGQ, podem também retirar benefícios práticos desta investigação, o que consubstancia o seu contributo para os profissionais. Em primeiro lugar, reforçar o envolvimento e sensibilização do corpo clínico será vantajoso para uma perspectiva de longo prazo, procurando a geração de valores comuns, longitudinalmente, que possam ser conducentes a uma “cultura forte”, transversal a todos os grupos funcionais, pois como refere Pasmore (1988), as potenciais contradições entre os valores e normas de um grupo e os da restante organização podem ser um relevante constrangimento para a implementação de certas práticas. Adicionalmente, a acreditação/certificação é um processo que se fecha sobre si mesmo e a procura de uma evolução do sistema de gestão da qualidade (novos referenciais, modelos de excelência, ...) será também útil para provocar um fluxo de geração de melhoria contínua. Por último, capitalizar o efeito de influência recíproca entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade, potenciando o contributo dessas práticas na criação de um quadro mental de “qualidade integrada”, em que a cooperação, as mudanças operativas reais e a partilha de sucessos possa também traduzir-se num maior reconhecimento público, uma melhor imagem institucional e actuar como um factor motivacional de grupos e indivíduos, ponto crítico para o desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade.

Contribuímos desta forma para a investigação que procura evidências de ligação entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade, reforçando a teoria que posiciona a gestão da qualidade como um conjunto de práticas organizacionais e não uma “cultura específica”. Mais especificamente, contribuímos para a teoria contingencial nas ópticas: da gestão da qualidade (Sousa e Voss 2002); da cultura organizacional no sector da saúde (Mannion et al 2008); e da relação cultura organizacional / gestão da qualidade, ao identificar configurações culturais específicas na área hospitalar e realçando a importância da visão pluralista da realidade organizacional, dando resposta a recomendações de investigação na área (Detert et al 2000).

Embora com as limitações decorrentes da exploração de apenas 220 inquiridos em dois hospitais, cremos que existe uma consistência nos resultados obtidos que, na nossa opinião, permitem afirmar a existência de boas propriedades psicométricas nas seis escalas de cultura organizacional: orientação para a inovação, planeamento e flexibilidade, orientação para a melhoria contínua, orientação para o cliente e competências, comunicação, motivação e envolvimento.

Deste modo, acreditamos existirem fortes indícios de que estas escalas são um bom contributo para auxiliar os profissionais nas actividades de planeamento, implementação e desenvolvimento contínuo dos sistemas de gestão da qualidade no sector hospitalar.

A exploração dos casos permitiu a geração de conhecimento que pode ser considerado um primeiro passo para a geração de teoria sobre o suporte da cultura organizacional ao desenvolvimento da gestão da qualidade, em particular na área hospitalar.

Embora a perspectiva contingencial reduza o potencial de generalização, poderemos alcançar alguma inferência teórica (por oposição à inferência estatística) acerca das outras organizações com base nos resultados deste estudo de caso (Sousa e Voss 2001). Deste modo, a presente investigação contribuí também para um futuro caminho de generalização, ao criar conhecimento conducente, em conjunto com outros estudos, à procura de estabilidade dimensional da cultura organizacional e do uso de práticas de gestão da qualidade em contexto hospitalar.

O contributo para profissionais e para o conhecimento reflectir-se-á, no limite, na qualidade da prestação dos cuidados de saúde, objectivo último das organizações estudadas.

5.2 - Limitações

Numa perspectiva de optimização de recursos optou-se por uma metodologia que, na sua vertente de dados qualitativos, se baseou num número relativamente moderado de entrevistas em cada hospital participante. Poderia obter-se valor acrescentado para esta investigação se a vertente qualitativa considerasse um número mais significativo de entrevistas exploratórias e, em situações específicas, técnicas complementares de identificação de valores e práticas de cultura organizacional, como entrevistas de incidentes críticos, de forma a facilitar a focalização nos elementos mais subjectivos (e inconscientes) da cultura. O estudo não foi explorado longitudinalmente, o que seria vantajoso para analisar as interações recíprocas entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade. Por último, o facto de dois hospitais convidados para o estudo (“Hospital C” e “Hospital D”, inclusivamente já com alguns dados recolhidos) terem retirado a sua disponibilidade para este, limitou o número de casos que se pretendia estudar, o que não sendo limitativo do valor das conclusões, contribuiria para uma visão mais abrangente do panorama nacional da área.

5.3 - Sugestões para Investigação Futura

Dada a relevância da dependência do contexto e, em última análise, a importância do desempenho global e sucesso da organização, seria igualmente interessante investigar as inter-relações entre a cultura organizacional e o desempenho da organização, em diferentes contextos hospitalares, preferencialmente garantindo uma abordagem multimétodo, que permitisse recolher evidências das camadas mais profundas e subjectivas da cultura organizacional. Igualmente recompensante seria a operacionalização de um teste, com um amostra maior, das ligações entre a cultura organizacional e a gestão da qualidade sugeridas pela actual investigação. O contributo para a geração de teoria poderá também reforçado com um maior investimento na investigação das práticas de gestão da qualidade, estendendo o âmbito de aplicação das ferramentas de recolha de dados nessa área a todos os níveis funcionais das organizações estudadas; deste modo, poderiam obter-se conclusões adicionais, como por exemplo, as razões pelas quais no hospital A existe uma maior intensidade de todas as dimensões de cultura organizacional, mas não o maior grau de uso de todas as práticas de

gestão da qualidade. Por último, dada a natureza da área e dos grupos envolvidos, um outro caminho de investigação poderia dirigir-se para a análise das sub-culturas que convivem na mesma organização (hospital) e perceber assim diferentes tipos de comportamentos consistentes em cada grupo e o seu papel de influência na cultura da organização ou enquanto potencial de geração de uma cultura dominante.